

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N° 180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par P.-A. LEGOUT

Né à Aumale (Algérie) le 5 avril 1874

Pharmacien de 1^{re} classe

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AORTITE ABDOMINALE

Président : M. WIDAL, professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

36, RUE SERPENTE, 36

—
1913

1851

180

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par P.-A. LEGOUT

Né à Aumale (Algérie) le 5 avril 1874

Pharmacien de 1^{re} classe

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AORTITE ABDOMINALE

Président : M. WIDAL, professeur.



PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

36, RUE SERPENTE, 36

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	N....
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrévés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	RETTIERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA (ANDRÉ)	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur RIBIERRE

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Témoignage de profonde reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous a fait en
nous acceptant parmi ses élèves, les con-
seils qu'il nous a prodigués et cette thèse
qu'il nous a inspirée.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur WIDAL

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AORTITE ABDOMINALE

CHAPITRE PREMIER

Introduction. Historique

L'étude de l'aortite abdominale est à peine esquissée dans les traités classiques de médecine, même les plus récents et les plus complets. Cependant, si l'on en juge par le nombre des observations publiées en ces dernières années — et dont quelques-unes au moins offrent la plus rigoureuse précision — cette localisation particulière des processus artériels, d'ordre inflammatoire et dégénératif est loin d'être exceptionnelle et se traduit, en clinique, par un syndrome dont la physionomie est assez spéciale et dont la connaissance permet d'éviter, dans la pratique, de fâcheuses erreurs de diagnostic et de pronostic.

Même après les travaux d'ensemble, sur lesquels nous aurons maintes fois l'occasion de revenir dans le cours de ce travail, il nous a paru qu'il y avait un intérêt réel à synthétiser les données actuellement acquises sur ce

chapitre encore peu connu de la nosographie, après y avoir apporté une contribution en rapportant un observation inédite que nous a communiquée notre maître, le Dr Ribierre, médecin des hôpitaux de Paris.

A cette observation principale qui a été le point de départ de notre étude, nous avons pu adjoindre quelques notes cliniques plus succinctes, concernant des malades observés à la Polyclinique de la consultation de médecine de l'Hôpital Cochin : encore que ces dernières observations soient beaucoup moins complètes et précises et n'aient pu être suivies, en raison de la négligence des malades à se représenter régulièrement à la consultation, elles nous ont paru mériter d'être relatées ne fut-ce que pour démontrer la fréquence relative de l'affection qui nous occupe.

Si pendant fort longtemps et jusqu'aux travaux de Potain et de Teissier (de Lyon) les auteurs modernes ne paraissent pas avoir accordé à l'aortite abdominale l'attention qu'elle mérite, il semble qu'elle ait laissé quelques traces dans des travaux très anciens.

Il est en effet permis de se demander si HIPPOCRATE n'avait pas entrevu l'aortite abdominale lorsqu'il rapporte dans son chapitre des « Epidémies » que le fils d'Eratolas, à la suite d'une dysenterie, présenta des pulsations abdominales d'une grande intensité. « Quand on mettait la main sur le milieu de l'ombilic et sur l'hypochondre, on sentait un battement tel que l'on n'en avait point de si fort au cœur, ni après la course, ni dans un effroi. »

Ces pulsations abdominales anormales, semblent avoir

été observées par BAILLON, par LANCISI et par MORGAGNI ; les deux derniers auteurs les ont considérées comme traduisant une phase de l'anévrisme, à laquelle ils ont réservé le nom d'anévrisme batard.

SANDRAS rapporte qu'en 1852, dans son service de l'hôpital Beaujon il observa d'assez nombreux malades présentant des pulsations anormales de l'aorte abdominale.

Mais il s'agissait en somme d'observations mono-symptomatiques, peu précises, isolées, et en 1899 le professeur POTAIN, abordant, dans une de ses cliniques de l'hôpital de la Charité, l'étude de l'aortite abdominale, avait le droit d'écrire : « Nous nous trouvons en présence d'une page blanche sur laquelle je voudrais aujourd'hui jeter quelques aperçus. » Et dans cette leçon, qui fait époque, le maître clinicien établissait *les symptômes cardinaux* sur lesquels doit s'établir le diagnostic d'aortite abdominale, et indiquait les relations qui existent entre cette affection et certains troubles gastro-intestinaux.

L'étude de l'aortite abdominale fut ensuite reprise et ses traits furent précisés dans plusieurs publications du professeur TEISSIER (de Lyon), faites à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, au Congrès de Médecine de Toulouse (1902), dans la *Semaine médicale* et basées sur d'assez nombreuses observations.

On peut dire que l'histoire de l'aortite abdominale est sortie toute entière des mains de Potain et de Teissier. C'est ce dernier qui inspira les thèses de BESSON (1900) REHM (1902) et STRJEMETCHNA-OLGA (1906).

Aux travaux de l'École Lyonnaise se rattache égale-

ment l'étude de ROQUE et CORNELOUP. Les relations de l'aortite abdominale avec les inflammations gastro-intestinales furent reprises par BENECH. D'autre part, MATHIEU et ROUX, PAL (de Vienne), LÉPER, établissaient les rapports de l'aortite abdominale avec certaines crises viscérales. ROCHARD et DEHELLY rapportaient un cas de rupture de l'aorte abdominale et l'examen histologique pratiqué par le professeur Letulle démontra l'existence d'une endo-mésaortique chronique, scléro-atrophique, d'origine syphilitique.

Parmi les contributions, d'origine étrangère à cette étude, nous citerons les publications italiennes de GALVANI, ZAGARI, FURGONI, RIZZARDO et le travail espagnol de GIL Y ORTEGA.

Enfin deux travaux d'ensemble ont été récemment publiés : l'un par CASTAIGNE et GOURAUD, l'autre par HOLLEAU (de Lille), ce dernier, sous l'inspiration du D^r Jean Minet.

On le voit, actuellement, les documents ne font pas défaut à qui veut entreprendre une étude d'ensemble de l'aortite abdominale. Ils sont, il est vrai, de valeur inégale. Nous nous efforcerons de faire la part des hypothèses, plus ou moins sujettes à discussion, et des faits d'observation anatomo-clinique, rigoureusement établis.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

Observation personnelle, communiquée par M. le Dr RIBIERRE.

Femme de 64 ans, adressée en juin 1910 par un confrère, pour souffrances stomacales persistantes ayant augmenté récemment et parce qu'on pensait à un *cancer*. Elle présentait de l'amaigrissement, mais non un aspect cachectique cancéreux.

Antécédents nuls : une fausse couche, un mari bien portant.

Ménopause à 49-50 ans.

Deux ans après environ, la malade se plaint de douleurs épigastriques et dès cette époque, on perçoit des battements dans cette même région douloureuse.

On pense à une crise de coliques hépatiques et on envoie la malade à Vittel.

Examinée à nouveau dans cette ville, on découvre une *tumeur*, il y a donc 12 ans environ.

Depuis sept ans, *crises douloureuses périodiques*.

3 ou 4 heures après le repas, crampes douloureuses avec irradiations, sensation de brûlures.

Parfois rejet de quelques aliments et le plus souvent de liquides brûlants, acides.

Depuis 6 ans, les battements épigastriques sont très violents et perçus de façon pénible surtout la nuit, et plus marqués pendant les crises.

Depuis un an, aggravation progressive, vomissements répétés mettant obstacle à l'alimentation.

Douleurs interscapulaires surtout à droite. Constipation.

Examen. — La palpation abdominale se fait avec une grande facilité mais on constate néanmoins une *légère défense musculaire* au-devant du corps du délit.

Celui-ci est situé sur une ligne verticale s'étendant de l'ombilic à 2 centimètres $1/2$ au-dessous de l'appendice un peu à gauche, il a une *forme allongée* analogue à un boudin, mobilisable *transversalement* en provoquant une douleur vive.

Cette tumeur est animée de *gros battements*. A l'auscultation on perçoit un double bruit dont le premier est un souffle.

L'examen du reste de l'organisme reste négatif. Rien au cœur, ni aux vaisseaux, ni aux poumons.

Avec de telles constatations et de tels antécédents, l'hypothèse d'un cancer de l'estomac n'était guère favorable, néanmoins on fait faire l'analyse du liquide stomacal.

Le liquide extrait 60 minutes après le repas d'épreuve constitué par : pain rassis 60 grammes, infusion légère de thé, 250 centimètres cubes, possède les caractères suivants :

Liquide abondant, 100 centimètres cubes, épais, mal émulsionné.

Les éléments suivants sont dosés en acide chlorhydrique pour 100 centimètres cubes de liquide.

	Liquide normal	Liquide analysé
A Acidité totale. . . .	0 gr. 189	0 gr. 262
H Ac. chlorhydrique libre.	0 — 044	0 — 095
C Chlore combiné organ.	0 — 168	0 — 155
H + C Chlorhydrie	0 — 212	0 — 250
T Chlore total	0 — 321	0 — 401
F Chlore minéral	0 — 109	0 — 151
Rapport AH/C	0 — 86	1 — 07
Rapport T/F	3 —	2 — 65
Peptones : abondantes.		
Acides gras : néant.		

Avec cette analyse, on pouvait éliminer le cancer de l'estomac, mais alors à quoi pouvait-on penser?

Les crises douloureuses tardives rappelaient les crises d'hypersecrétion dans la sténose relative au spasme du pylore? Mais la localisation des signes physiques n'était guère en rapport avec le siège pylorique.

L'idée d'une tumeur inflammatoire périgastrique venait à l'esprit. En effet, dans ces cas, on trouve souvent des battements épigastriques internes chez de tels malades, dus à la transmission des battements de l'aorte à une tumeur dure. L'examen plus approfondi rendait cette hypothèse bien douteuse car la forme de la tumeur était caractéristique, c'était un boudin, avec déplacement transversal et enfin c'était la tumeur elle-même qui battait.

Enfin on fait la *radioscopie* qui lève tous les doutes, car en repérant avec une pièce de monnaie la partie centrale de la tumeur, celle-ci se trouve en dehors de la limite inférieure de

l'estomac. Par conséquent les résultats fournis par cet examen au point de vue stomacal sont négatifs.

Est-ce l'aorte ? on peut l'affirmer, mais reste à faire le diagnostic entre l'anévrisme aortique et l'aortite abdominale.

Contre l'anévrisme nous trouvons : la régularité de la tumeur, sa mobilité transversale, il n'y a pas d'adhérences et sa longue durée.

Nous nous trouvons donc bien en face d'une *aortite abdominale*.

Traitement. — La malade est mise au régime lacté, puis lacto-végétarien.

Le repos est ordonné avec applications chaudes en permanence.

Comme médicaments : bismuth et belladone,

Résultats. — Au 25 octobre 1910.

La malade se sent beaucoup mieux. Les crises reviennent toutes les trois semaines environ, mais, par l'absorption de quelques cachets, tout rentre dans l'ordre.

Depuis juillet, la malade a augmenté de 400 grammes. L'état général est bon mais les signes physiques semblent les mêmes.

Observation II

Nous avons pu recueillir l'observation suivante à l'hôpital Cochin.

Le 27 avril 1912 une dame C..., âgée de 54 ans, sans profession, vient au service de la consultation pour douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : métrite depuis dix ans, a subi un curettage ; on constate la présence de pertes blanches.

Réglée à 16 ans, ménopause à 52 ans, la malade dit avoir eu de vagues douleurs rhumatoïdes dans les épaules, des céphalées fréquentes, des névralgies dentaires. On ne trouve pas d'éthylisme, pas d'autres intoxications, aucun stigmate de spécificité.

Elle a un enfant bien portant.

Actuellement, la malade consulte pour des douleurs abdominales qu'elle ressent depuis 7 à 8 ans. Elle *craint un cancer*.

Ces douleurs assez vives s'accompagnent de sensation de pesanteur, elle est obligée de porter une ceinture et a une constipation opiniâtre.

Elle n'accuse aucun autre symptôme. Rien aux poumons, elle ne crache pas. Parfois, mais rarement, des *vomissements*.

Examen. — C'est une malade à teint subictérique avec une tache de xanthelasma sur la paupière supérieure gauche.

A la simple inspection, on constate que la région épigastrique est animée de *battements assez violents* dont les ondes s'étendent jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen.

Abdomen *très souple*, pas la moindre défense musculaire. Absolument rien d'anormal dans les fosses iliaques.

La région douloureuse indiquée par la malade correspond très nettement à un *cordon cylindrique*, de consistance dure, d'une largeur de *deux travers de doigts*, s'étendant en longueur sur 7 centimètres au-dessus de l'ombilic et 2 cent. 1/2 au-dessous, il est le siège de battements très intenses.

On peut le *déplacer latéralement* et on provoque dans ces manœuvres une *douleur assez vive*. La palpation profonde des deux iliaques primitives paraît provoquer une *certaine douleur*.

Différence considérable entre l'intensité du pouls fémoral et du pouls radial, mais ils paraissent synchrones.

Pouls à 108. Tension maxima : 20, minima : 11 au sphygmo-manomètre de Pachou.

Légère accentuation du deuxième bruit aortique.

Rien de notable à l'examen du poumon. Le foie n'est ni gros ni douloureux, la rate est normale, on sent le rein droit qui paraît un peu mobile.

Rien à l'examen du système nerveux, la sensibilité, les reflexes rotuliens et pupillaires ne sont pas modifiés.

Pas de sucre dans les urines mais un louche d'albumine.

Traitement. — Laxatifs, compresses chaudes, bromure.

Le 6 mai 1912, la malade revient, améliorée, sa constipation disparue.

Le cordon aortique paraît moins douloureux et la malade souffre moins au niveau de ses iliaques.

Tension à la radiale 19 maxima et 9 1/2 minima.

A la partie inférieure de la jambe 21 maxima et 8 1/2 minima.

L'accentuation du deuxième bruit aortique persiste. Toujours un louche d'albumine.

Nous avons eu d'autre part l'occasion d'observer certains malades qui, s'ils ne présentaient pas le complexe symptomatique de l'aorte abdominale qui est réalisé dans les deux observations précédentes, présentaient, quoique plus frustes, un ensemble de symptômes qui permettaient d'incriminer cette maladie.

Nous résumerons brièvement ces observations.

Observation III

(Personnelle).

Le 24 mai 1911; M^{me} D. S..., 46 ans, cuisinière se présente à la consultation de médecine de l'hôpital Cochin se plaignant de douleurs d'estomac depuis quatre mois qui apparaissaient soit aussitôt soit quelques heures après le repas avec sensation de gêne qui correspondait dans le dos.

Jamais de vomissements, mais des renvois gazeux abondants.

Constipation opiniâtre suivie de coliques pendant des périodes de huit à dix jours, durant lesquelles la malade expulse des peaux et des glaires.

Depuis le mois de janvier la malade aurait maigri de 10 kilogrammes et elle éprouvé des battements épigastriques violents et pénibles.

Signes physiques. — La malade est très amaigrie dans la région sus-ombilicale.

A la palpation, on perçoit dans la profondeur, une tumeur en formé de boudin, verticale, un peu mobile transversalement, dure, douloureuse, animée de forts battements, c'est l'aorte. On ne sent pas les artères iliaques qui ne sont pas douloureuses.

La tension artérielle au niveau de la cheville droite au Pachou est de 18 et à la radiale droite 15.

Traitement. — Régime, compresses chaudes, bromure. Au bout de huit jours, la malade revient avec une amélioration de l'état général et augmentation de poids de 1 kilogramme.

Observation IV (personnelle).

Le 28 mars 1911 se présente à la consultation une nommée C... âgée de 59 ans, qui depuis quelques mois déjà se plaint de douleurs dans la région épigastrique et dans l'abdomen.

La malade se plaint également de maux de tête, d'insomnies, de vertiges ainsi que d'un léger œdème malléolaire le soir.

Elle présente des alternatives de diarrhée et de constipation avec flatulence après les repas.

A l'examen on constate de la douleur à l'épigastre. A la palpation on sent l'aorte abdominale dilatée, indurée, très douloureuse et mobilisable.

Les douleurs se propagent sur le trajet des iliaques primitives qui sont également sensibles à la palpation.

Observation V

De M. le professeur agrégé J. MINET.

M. B..., 27 ans. Antécédents : Rougeole et typhoïde. Traité le 8 juillet 1911 pour une scarlatine qui évolue normalement, lorsque le 14 du même mois le thermomètre remonte à 38° et le malade se plaint de douleurs abdominales avec sensation de pesanteur dans la région épigastrique. Les jours suivants, les douleurs sont de plus en plus vives et des symptômes nouveaux apparaissent. Ce sont des battements épigastriques perçus par le malade lui-même et nettement visibles à jour frisant, ainsi que des vomissements. Malgré le régime lacté exclusif et des compresses chaudes, les symptômes évoluent en empirant, si

bien que les douleurs sont encore plus vives, les battements plus forts, aucune position ne les atténue. M. B..., présente un paroxysme douloureux terrible à la suite d'un bain. Examiné alors, le malade, après cette crise, est très abattu, la respiration est superficielle, le ventre est secoué de soubresauts véritablement inquiétants. A la palpation, l'aorte est extrêmement sensible à la pression (alors que tout le reste de l'abdomen est indolore) et animée de battements violents, on la suit aisément, depuis la région épigastrique jusqu'à sa bifurcation, elle est augmentée de volume, décrit une courbe à concavité interne couchée sur la paroi dorsale du côté gauche et s'écartant de la colonne vertébrale d'environ trois travers de doigt au niveau de l'ombilic. La tension à la radiale au Potain est de 15,5 et à la pediense 20,5. Le malade mis au repos horizontal absolu avec application de compresses chaudes sur le ventre fréquemment renouvelées, se lève quinze jours après entièrement rétabli. Cet état se maintient encore au bout de six mois.

Observation VI

Observation de M. le professeur TEISSIER (de Lyon).

Une jeune femme domestique, âgée de 26 ans, irrégulièrement réglée, présentant quelques pertes blanches, sans retentissement sur l'état général, entre à l'hôpital en février 1900. Elle se plaint de fatigues générales remontant à une dizaine de jours et paraissant avoir coïncidé dès le début avec un ensemble de symptômes ressemblant à de la grippe. Parmi ces symptômes, et dès la première heure, domine une douleur violente au creux épigastrique qui ne tarda pas à s'étendre latéralement aux deux

côtés de l'abdomen ; toutefois cette douleur ne s'accompagnait pas de météorisme, ni de vomissements.

A l'entrée, l'état général semble sensiblement meilleur ; il n'y a presque pas de fièvre, pas d'accablement exagéré, mais la langue reste saburrale et la malade accuse toujours une rachialgie intense. Seul, l'état de l'abdomen attire fortement l'attention. Le ventre est plutôt plat, le grand droit du côté gauche est fortement contracté (en état de *contracture vigilante*) et c'est à grand' peine que l'on peut faire la palpation profonde. L'aorte est extrêmement sensible, comme tendue, bien que notablement déviée à gauche. Elle présente des battements expansifs et la douleur irradie nettement le long des deux iliaques. A deux ou trois reprises une crise de vomissements éclate au moment des paroxysmes douloureux.

Après traitement, la malade entre en convalescence et quitte l'hôpital.

Observation VII

De MM. ROQUE et CORNELOUP.

Femme sans antécédents qui entre à l'hôpital pour une violente douleur dans le pied gauche, procédant par crises et déterminant de la boiterie. Le pied est cyanosé : on ne peut sentir les battements des artères. La palpation est très douloureuse et il existe une différence de température des membres inférieurs. A la jambe gauche, la sensibilité est intacte ; on constate une tension de 19 à la tibiale postérieure et 16 à la radiale du côté droit. Pas d'artério-sclérose généralisée. A l'épigastre, pas de douleur spontanée mais on sent nettement les battements de l'aorte très douloureux à la pression. Le vaisseau saisi entre le doigt est augmenté de volume, paraît induré et très mobile.

On est en face d'une aortite abdominale avec hypertension de la pédieuse provoquant par l'oblitération momentanée à gauche de l'asphyxie locale et des menaces de gangrène.

Observation VIII

De M. le professeur TEISSIER.

Garçon de pharmacie de 23 ans atteint d'affection cardiaque (insuffisance aortique) d'origine rhumatismale pour laquelle il est soigné d'abord à l'hôpital. Après amélioration, il en sort, mais ne tarde pas à y rentrer de nouveau pour douleurs lombaires l'empêchant de se déplacer et de respirer facilement. Peu après son entrée, le malade accuse des douleurs abdominales très vives qui irradient vers la naissance des membres inférieurs. Elles s'accompagnent de gros battements de trépied coeliaque, rendant l'exploration très douloureuse. L'aorte est extrêmement sensible au toucher. En même temps apparaissent une diarrhée assez intense de peu de durée et des douleurs articulaires d'origine rhumatismale. L'onguent mercuriel belladoné et le salicylate de soude améliorent le malade qui sort à nouveau de l'hôpital mais ne tarde pas y revenir. On constate alors des douleurs thoraciques très vives, une dyspnée intense; l'aorte abdominale est toujours douloureuse, elle bat fortement et elle demeure très volumineuse. Après un séjour d'un mois, le malade, complètement rétabli par le salicylate, quitte le service.

Observation IX

De M. le professeur TEISSIER

M^{me} P..., jeune femme de 25 ans, famille d'arthritiques avérés, signes nets de rétrécissement mitral, souffre depuis de longs mois de crises subintrantes d'entéro-colite avec ptose intestinale,

rein droit très abaissé et sensible, signes marqués de dilatation de l'estomac. Grande amélioration depuis quinze mois des accidents imputables à l'entéro-colite ; mais, depuis cet automne, crises épigastriques très douloureuses avec douleur en ceinture gênant la marche ; aorte éminemment sensible, avec irradiations nettes le long des artères iliaques, vomissements, phrénique très sensible du côté gauche ; contraction spasmodique du grand droit, du même côté, enfin aorte empâtée et nettement repoussée en dehors à gauche ; sensibilité très exaltée au même niveau.

Observation X

De MM. ROQUE et CORNELOUP

Femme de 45 ans, soignée pour grippe en avril 1904 avec détermination pleuropulmonaire prédominante à la base gauche. La malade accuse pendant sa convalescence des crises très violentes d'angoisse et d'oppression avec douleur dans la partie droite du thorax, descendant en arrière, le long de la colonne vertébrale jusqu'à la région lombaire et s'irradiant en avant dans toute la région précordiale. Ces crises apparaissent avec pâleur de la face et reviennent plusieurs fois par jour à intervalles réguliers, d'ailleurs, entre chaque crise, il persiste de l'angoisse et une sensation thoracique du côté droit.

A l'examen radioscopique, on trouve une première fois, une dilatation de la crosse de l'aorte. Quelques mois plus tard, on trouve une dilatation diffuse de toute la portion ascendante de l'aorte, au lieu de la dilatation en sac, vue auparavant.

A l'auscultation : signes de rétrécissement et d'insuffisance aortique.

Les choses restèrent en état, jusqu'en janvier 1905. A ce mo-

ment, la malade se plaignit d'une douleur violente à l'épigastre, ressemblant à des coliques et accompagnée de diarrhée abondante.

A la vue, l'épigastre apparaissait avec des battements. La palpation déterminait une douleur très intense au niveau de l'aorte, la contracture des droits était très marquée et rendait l'examen du vaisseau très difficile. Quand on arrivait à la sentir, on constatait son ectasie, il était dévié à droite de la colonne.

La tension était de 13 à la radiale et 16 à la pédieuse.

Observation XI

De M. le professeur TEISSIER

M. X..., 25 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 12 ans, ayant provoqué un rétrécissement et une insuffisance aortique. A la suite de surmenage, le malade a de la fièvre que l'on attribue à un embarras gastrique. Cette fièvre persiste par accès irréguliers. Rien au poumon ni dans l'appareil digestif pouvant l'expliquer ; la rate est seulement augmentée de volume. Cet état persiste plusieurs mois. Puis la rate toujours grosse est douloureuse à la palpation, ainsi que l'aorte abdominale qui est déviée à gauche. La tension de la pédieuse est supérieure à celle de la radiale. On constate un écart considérable entre la température buccale et anale. Après un mois de traitement, l'aorte abdominale bat dans la position à peu près médiane et n'est plus douloureuse à la pression. La température est redevenue normale.

Observation XII

De M. le professeur TEISSIER

M^{me} B..., 35 ans, de souche arthritico-goutteuse; un frère atteint d'entérocolite, deux enfants aussi. Début de l'entérocolite, il y a deux ans à la suite d'une atteinte de grippe; début très aigu avec propagation du processus irritatif à la vessie. Depuis quelque temps, devant la persistance des accidents en raison de leur recrudescence et surtout de l'intensité des réflexes: vertiges permanents, asthénie prononcée, menaces syncopales; elle réclame elle-même un traitement plus énergique; c'est alors que l'exploration minutieuse du creux épigastrique et de la zone aortique dans l'abdomen permet de reconnaître l'existence intégrale du syndrome de l'aortite abdominale; battements douloureux de l'aorte déviée fortement à gauche avec irradiations le long des iliaques, vomissement et spasme protecteur du grand droit abdominal gauche.

Observation XIII

De M. le professeur TEISSIER

M. S..., 25 ans. Disposition rhumatismale (a couché dans la tente, sur la terre humide), entérite consécutive avec signes d'irritation aortique au creux épigastrique remontant à quatre mois. Aorte sinueuse, déviée à gauche, spontanément sensible, très irritable à la palpation. Bruit extra-cardiaque diastolique de la base du cœur, double ton à la fémorale. Pression: à la temporale 10, à la radiale 12, à la pédieuse 15.

Observation XIV

De M. le professeur TEISSIER

M^{me} L. B..., 30 ans. Chorée à 16 ans, dilatation de l'estomac, crise d'entéro-colite avec signes d'irritation de l'aorte dans l'abdomen. Sous l'influence du repos, de la révulsion, des antispasmodiques (bromure d'ammonium administré par l'intestin) une grande détente se produit; les signes d'irritation aortique s'amendent. Pression à la radiale 15 puis 13; à la pédieuse 18 puis 12.

Observation XV

De M. le professeur agrégé BENECH

J. B..., 21 ans, domestique, excellente santé sans aucun trouble dyspeptique. A la suite d'un coup dans l'épigastre, cette région devient sensible à la pression et à la percussion. Des vomissements surviennent, mais l'aorte peut supporter à ce moment une pression de 4 kilogrammes sans douleur. Les iliaques ne sont pas douloureuses. L'analyse du suc gastrique, faite par le procédé de MM. Hayem et Winter montre une hyperchlorhydrie intense. La malade est mise au régime lacté. Huit jours après, les phénomènes dyspeptiques n'ont rien perdu de leur intensité, mais une aortite aiguë est déclarée.

Observation XVI

De M. le professeur agrégé BENECH

P. G..., 45 ans, homme vigoureux sans maladie antérieure, en particulier pas de rhumatisme, pas de troubles dyspeptiques. A

la suite de l'absorption d'une purgation saline il est pris par une douleur épigastrique fort pénible.

Les vomissements arrivent et se reproduisent plusieurs fois dans la journée. Le lendemain et les jours suivants toute ingestion d'aliment est suivie d'un malais fort désagréable. Le creux épigastrique devient de jour en jour plus sensible; les douleurs vont en augmentant et quand il vient consulter quinze jours plus tard, on constate tous les symptômes d'une gastrite et d'une aortite, toutes deux à l'état aigu et bien caractérisées.

Observation XVII

De M. le professeur agrégé BENECH.

Jeune dame de 18 ans, de constitution délicate. Sans maladie antérieure mais présentant depuis plusieurs années des troubles dyspeptiques. Après une cure thermale d'eau sulfureuse dans les Pyrénées, les malaises gastriques s'accroissent. La malade est de plus en plus fatiguée par la prise de tout aliment. Puis un jour, les douleurs arrivent plus vives, les vomissements surviennent, et la gastrite éclate dans toute son intensité. Huit jours après, la malade souffre constamment de langueurs d'estomac, elle ne peut pas prendre à la fois plus d'une demi-tasse à café de lait; comme aliment solide elle supporte à peine une cuillerée à café de viande crue râpée, deux fois par jour. La pression au creux épigastrique est d'une sensibilité extrême; c'est à peine si elle peut supporter le contact du drap. L'aorte abdominale est bondissante et d'une sensibilité aussi vive. Les deux iliaques sont extrêmement douloureuses à la pression.

Observation XVIII

De M. le professeur TEISSIER.

M^{me} G..., 45 ans, hérédité goutteuse très chargée, soucis permanents. Constipation opiniâtre remontant à de nombreuses années. Crises d'entérocologie à répétition avec expulsion au printemps et à l'automne de paquets de fausses membranes épaisses, rubanées en quantité parfois prodigieuse.

Au printemps 1898, M^{me} G... fait une poussée plus marquée d'entérocologie, elle est assez déprimée pour garder le lit, la station debout d'ailleurs la fatigue beaucoup soit en déterminant de la lassitude très rapide, soit et surtout en provoquant au creux épigastrique des battements très fatigants, douloureux et souvent angoissants, au point de donner une sensation de syncope imminente, syncope qui se réalisa d'ailleurs deux ou trois fois.

A noter la température centrale constante de 38°2, tandis que dans la bouche la température n'atteint pas 37°. A la suite d'un traitement à Plombières complété par une série de douches tièdes l'entérocologie et l'aortite disparurent.

Observation XIX

De M. le professeur TEISSIER.

Une jeune femme, M^{me} Cr..., entrain à l'hôpital avec des douleurs épigastriques horriblement vives, une sensibilité assez prononcée de la fosse iliaque droite, menaçant à chaque instant de tomber en syncope et accusant une angoisse extrême avec grande petitesse du poulx, sueurs profuses et froides. On pense

à l'appendicite et peut-être même d'une perforation intestinale d'autant que le ventre apparaissait légèrement ballonné et tendu, mais la température était normale avec nausées sans vomissements.

A une deuxième visite de la malade, on constate la même douleur épigastrique revenant par crises parokystiques avec angoissés, sueurs, tendances lipothymiques. A la palpation douce et graduée on parvient à sentir la « contracture vigilante » des droits, signe d'irritation de l'aorte abdominale. Le gros intestin est tendu et très sensible. A l'épigastre on sent les battements très accentués de l'aorte qui est déviée à gauche avec une douleur si vive que tout attouchement un peu profond provoque le réflexe syncopal qui se reproduit même si l'on suit le vaisseau jusqu'aux iliaques.

La pression à la pédicuse est supérieure à la radiale. Dans ce cas on porte le diagnostic « d'angine abdominale » — terme similaire à celui « d'angine de poitrine » — symptomatique d'une poussée d'aortite sous-diaphragmatique, consécutive elle-même sans doute à une entérocolite ancienne dont l'exploration actuelle permettait de constater les vestiges.

Observation XX

De M. le professeur POTAIN.

Jeune femme de 25 ans, domestique, bien réglée.

Antécédents : rougeole et typhoïde à 14 ans. Depuis, bonne santé jusqu'à 33 ans, époque à laquelle la malade a été atteinte de congestion pulmonaire avec un état général mauvais. Elle se porte mieux à la campagne qu'à Paris à cause du travail pénible exigé d'elle dans cette ville.

Rien aux poumons, pas de troubles digestifs et cependant perte de poids de 32 livres dans l'espace de deux ans. Depuis quelques mois appétit médiocre ; les digestions sont pénibles, les souffrances débutent une heure et demie à deux heures après les repas, elles s'accompagnent parfois de vomissements alimentaires. Alternative de constipation et diarrhée persistante. Parfois crises avec fièvre, frissons, palpitations, tendance aux syncopes. Le régime lacté n'a rien donné.

Elle entre à l'hôpital le 26 avril 1899, le régime sévère et le repos absolu améliorent un peu son état et l'on constate que : Le ventre est plat, souple, peu douloureux à la pression ; la pression épigastrique met en évidence l'existence d'une hyperesthésie notable de cette région, mais cette hyperesthésie n'est pas cutanée elle est surtout considérable lorsque la pression est forte et déprime profondément l'épigastre.

Cette douleur siège sur la ligne médiane et un peu à gauche, elle s'étend jusqu'à la région ombilicale. Dans toute la région douloureuse, on sent des battements de l'aorte dont le volume ne paraît pas augmenté. Ainsi la douleur existe tout le long de l'aorte abdominale, elle fait complètement défaut, le long des iliaques.

Observation XXI

De PAL.

Le 11 juillet 1908, un journalier âgé de 49 ans, vint consulter pour douleurs abdominales et gastriques apparaissant par crises et en rapport avec des troubles intestinaux.

L'intensité de ces troubles l'avait déjà forcé d'aller consulter un chirurgien le 30 avril précédent. On lui fit une laparotomie

et on ne trouva rien. Quatorze jours après l'opération le malade avait les mêmes crises qu'auparavant.

Actuellement, à la palpation, l'aorte abdominale est très déviée à gauche avec grande mobilité, peu sensible à la pression mais en revanche les masses lombaires le sont énormément.

En présence de ces crises vasculaires, j'ai pensé à un tabès incipiens. Pupilles et réflexes normaux, pas d'ataxie, pas d'hypotomie, pas de douleurs fulgurantes. Le malade avait eu la syphilis en 1895, sur deux grossesses, la femme fit un avortement.

En 1899, crise de vomissements et diarrhée qui dura quatorze jours ; en 1902, deuxième crise ; en 1906, troisième, et à partir d'octobre de la même année, les crises se reproduisent plus fréquemment, à intervalles de trois à quatre semaines et durent quatre à cinq jours. Le 20 avril 1907, laparotomie. En 1908 jusqu'à son entrée, trois crises avec diarrhée abondante et mucosités dans les selles. Après les crises, on observe que le malade éprouvait des sensations de pression dans l'épigastre, dans la région sternale avec nausées et vomissements et la malade voudrait vomir s'il restait encore quelque chose dans l'estomac. La sensation de pression épigastrique correspond aux vertèbres lombaires. Pas de douleurs spontanées, l'aorte abdominale est déviée à gauche, élargie, dure, non douloureuse à la pression. Le malade est traité par les injections mercurielles, son poids augmente mais malgré cela les crises subsistent.

Observation XXII

De PAL.

C'est l'histoire d'une malade de 55 ans qu'il observe au mois de juillet 1908 pour crises vasculaires abdominales.

La malade se plaignait d'avoir des douleurs épigastriques survenant par crises depuis avril, crises lui laissant l'impression d'une tuméfaction dans l'estomac. Elles n'étaient pas accompagnées de vomissements mais la malade se faisait vomir elle-même en irritant son pharynx avec ses doigts, car alors elle se sentait soulagée.

La nature de ces crises restait inexplicable.

Pal pensa à la syphilis à cause d'un avortement et parce que les pupilles de la malade ne réagissaient pas. Aucun autre symptôme tabétique; le reflexe patellaire était normal.

Le deuxième bruit aortique était claqué.

La tension artérielle pendant la crise était de 145 à 155 et en dehors d'elle de 65 à 80.

L'épigastre était sensible en dehors de la pression.

L'aorte abdominale était déviée. On constate dans la région épigastrique une petite zone hyperesthésiée de la peau. Pendant l'attaque, l'aorte se déviait encore de 1 centimètre à gauche, les pulsations étaient bien frappées. Le vaisseau était élargi et sa sensibilité plus vive. Jusqu'au 16 septembre, on observe plusieurs crises semblables et malgré la certitude syphilitique de la nature de ces crises, le Wasserman était négatif le 23 juillet, légèrement positif le 30 juillet et négatif à nouveau le 16 septembre, mais on sait que chez les tabétiques le Wasserman est positif dans la moitié des cas seulement et la maladie peut évoluer ou rester rudimentaire.

Observation XXIII

De RAMSAY HANT

M. G..., célibataire, agent de change à New-York, habitudes d'intempérance et gros mangeur.

Il ne fait pas usage de tabac. A contracté la syphilis depuis vingt ans et a été traité. Il y a quinze ans il eut une sévère attaque de rhumatisme. La maladie actuelle date de deux ans. Il se plaint de douleurs de la région lombaire qu'il ne ressent que lorsqu'il marche et qui l'obligent à s'arrêter. Elles cessent complètement au bout de quelques minutes de repos pendant lesquelles il est obligé de s'appuyer contre les réverbères. Assis, couché ou lors de ses premiers pas il n'éprouve rien d'anormal. Ces douleurs n'apparaissent que quand il se rend à son travail et sont de plus en plus vives et répétées. Aucune irradiation dans les membres inférieurs. La douleur localisée dans la région lombaire tend à s'irradier un peu dans les côtés lorsqu'elle est très vive mais jamais dans l'abdomen. Les mouvements de la colonne vertébrale sont très bien conservés et nullement douloureux. Réflexes normaux mais tremblement des mains et divers stigmates de l'alcoolisme chronique. D'après les symptômes présentés par ce malade, on pense avoir affaire à une claudication intermittente qui se manifeste dans la partie basse de la région sacro-lombaire. Comme les symptômes sont limités à la région lombaire s'étendant exceptionnellement dans les flancs, je les attribue à la maladie d'une ou plusieurs artères lombaires ou à un processus d'artério-sclérose de l'aorte abdominale.

Je n'ai jamais trouvé rapporté de cas de claudication inter-

mittente de la région lombaire, je n'en ai jamais observé de semblable et il n'est pas improbable que quelques douleurs lombaires de la vieillesse puissent dépendre d'un processus d'artério-sclérose de l'aorte abdominale ou de ses branches lombaires.

Observation XXIV

Due au professeur TEISSIER.

Il s'agit d'une femme de 51 ans, blanchisseuse, observée en juillet 1900 présentant un état hyposystolique avec amaigrissement notable et cachexie artérielle : aortite avec insuffisance aortique et lésion mitrale.

En outre, depuis un mois et demi surtout, elle éprouve des douleurs épigastriques violentes, une sensation de pesanteur et parfois des vomissements, de la rachialgie marquée, des battements spontanément perçus devenant quelquefois insupportables. Ces battements sont très apparents. La palpation à l'ombilic est extrêmement douloureuse, et c'est à peine si, avec beaucoup de patience, on parvient à explorer l'aorte et les vaisseaux abdominaux. L'aorte saisie entre les deux doigts est augmentée de volume, est le siège de battements expansifs facilement enregistrés et ne semble pas très déviée vers la gauche.

A l'auscultation on perçoit un double souffle très net qui se perçoit jusqu'au niveau des iliaques, qui sont, elles aussi, très douloureuses. Ces souffles cessent au niveau des fémorales.

Ces symptômes imposent le diagnostic d'une détermination artérielle sur l'aorte sous-diaphragmatique.

Traitement. — Repos, régime lacté, révulsion épigastrique. Lavements au bromure d'ammonium suivant le conseil de Potain.

On constate un effet sédatif marqué et la malade peut quitter l'hôpital en septembre, considérablement améliorée, mais conservant toujours à l'épigastre une douleur spontanée accentuée encore par la pression et irradiée le long des deux iliaques.

La malade commet des imprudences et rentre à nouveau en décembre en pleine intoxication urémique. Elle succombe dans le coma dans les premiers jours de janvier.

L'autopsie montre des lésions d'endartérite et de périartérite de l'aorte abdominale qui sont relatées au chapitre V.

Observation XXV

DE ZAGARI.

C. G..., 21 ans, domestique. Antécédents : rougeole, angine et typhoïde à 15 ans.

Avant son entrée à la clinique en juin 1904 elle travaillait beaucoup à la journée, entièrement courbée pour le nettoyage. Pendant son sommeil, elle fut prise d'une douleur très vive à l'épigastre se propageant au bas de la colonne vertébrale avec exacerbations très vives. Les accès apparaissent le matin, au lit en changeant de position. Dans certaines attitudes, la douleur disparaît lorsqu'elle retient sa respiration, au contraire elle devient plus violente à la suite d'un brusque mouvement. Pendant les accès, douleur très vive avec propagation vers la partie inférieure du corps et sensation de lourdeur dans la région épigastrique, ombilicale et tout le côté gauche de la ligne médiane.

A la suite d'un voyage en voiture mal suspendue, la douleur abdominale fut plus violente et nécessita le repos.

A l'examen, la palpation provoque une douleur abdominale

diffuse lorsqu'on appuie sur la région épigastrique et sur le côté gauche où siège la douleur qui s'irradie, et la malade cherche alors à allonger la main.

On sent battre fortement l'aorte nettement située à l'extérieur de la ligne médiane. La percussion permet de délimiter une zone quadrangulaire allongée dans le sens de la longueur du corps, à sonorité affaiblie.

La pression au Riva Rocci est de 118 maxima et 20 minima.

La malade se plaint de douleurs, de fourmillements dans les pieds. Toutes les fonctions digestives sont normales. Si on l'interroge sur son état, elle répond qu'il est la suite de grandes fatigues et d'efforts répétés.

Observation XXVI

Thèse de REHM.

M^{me} C..., 45 ans, présente des crises d'entérocolite remontant à plusieurs années et qui grâce à un tempérament neuro-arthritique très accentué, se manifestant par des nodosités rhumatismales et des œdèmes vaso-moteurs partiels de la face et du dos des mains s'accompagnent de phénomènes réflexes extrêmement pénibles, vertiges, intermittences cardiaques, palpitations, crises de salivation fatigantes, pendant toute la période digestive.

Elle offre en outre un certain degré d'irritation de l'aorte abdominale, très vraisemblablement secondaire aux tiraillements exercés sur les plexus nerveux de l'abdomen, par les viscères ptosés, sinon, a un travail irritatif de voisinage. L'aorte abdominale en effet, facilement abordable à la palpation est très sensible au toucher, nettement déviée à gauche et sinueuse ; le grand droit du côté gauche est en état de contraction vigilante

permanente : il y a des douleurs irradiées le long des artères iliaques et de la rachialgie constante.

Quand des poussées inflammatoires plus prononcées s'accusent de ce côté, l'asthénie s'accroît, la lassitude devient extrême et tout exercice ou occupations un peu pénibles sont alors interdits.

Depuis quelques mois, sous l'influence d'un régime très sévère et d'un traitement approprié, l'état de M^{me} C..., s'est considérablement amélioré elle n'en présente pas moins des troubles vaso-moteurs très intéressants : Sa température rectale est en effet au-dessous de la normale, d'une façon très appréciable les moyennes oscillant entre 36°4 avec des écarts de 35°9 minima à 37°5 maxima.

A noter l'extrême facilité avec laquelle le thermomètre remonte sous l'influence du travail digestif même au repos 37°5 et sous l'influence de la marche.

CHAPITRE III

Etude clinique.

I. — SYMPTOMATOLOGIE.

Le début de l'aortite abdominale est lent, insidieux, plus ou moins latent pendant une très longue période, ou, au contraire, brusque, rapide, et marqué par des troubles d'allure grave, lorsqu'il s'agit d'un processus aigu. Nous reviendrons plus loin sur ces deux modes d'évolution. Ici, nous envisagerons l'affection constituée, à la *période d'état*.

Celle-ci se caractérise d'une part par des *symptômes fonctionnels*, variables, contingents et souvent plus propres à égarer le diagnostic qu'à le guider ; d'autre part, par une symptomatologie physique, comprenant, au milieu de dignes accessoires et, eux aussi, variables, un syndrome caractéristique constitué par un véritable *trépied symptomatique*.

A. — *Symptômes fonctionnels*.

Les plus importants et les plus constants, à des degrés variables, de ces symptômes sont : des *phénomènes douloureux*, des *troubles gastro intestinaux*, des sensations anormales de *battements abdominaux*.

Les PHÉNOMÈNES DOULOUREUX sont très variables dans leur intensité et leurs modalités..

Presque toujours ils affectent une *allure paroxystique* même lorsque les malades se plaignent d'une tension douloureuse permanente, cet état de malaise permanent est traversé par des exacerbations violentes. Celles-ci surviennent soit en apparence, spontanément, soit sous l'influence d'une fatigue physique prolongée, d'un effort brusque ou encore d'une émotion morale. On a signalé également l'influence du refroidissement et surtout celle des écarts de régime (repas trop copieux, alimentation irritante, excès de boisson). Lœper a signalé l'influence fâcheuse, dans quelques cas, de la position horizontale.

Le *siège* de la douleur est le plus souvent *épigastrique* mais cette localisation initiale et maxima s'accompagne fréquemment d'irradiations, dans les deux flancs, le long des artères iliaques. Parfois on observe de la *rachialgie*, des douleurs lombaires, qui peuvent accompagner une sensation de lassitude douloureuse des membres inférieurs. La malade de la première observation que nous rapportons présentait parfois des *douleurs interscapulaires* surtout à droite.

Les crises particulièrement intenses peuvent, surtout dans les processus d'aortite aiguë, s'accompagner de phénomènes généraux d'allure très grave : pâleur de la face (obs. de Roque et Corneloup, 10), état lipothyrique avec angoisse extrême, petitesse du pouls, sueurs profuses et froides (obs. de Teissier).

L'intensité des phénomènes douloureux entraîne par-

fois des attitudes spéciales ; le malade se comprime fortement l'abdomen à deux mains, il adopte la position du chien de fusil, ou la position genu pectorale.

La durée des crises paroxystiques est variable, allant de quelques minutes à vingt-quatre heures et davantage. Il est rare que l'état de crise dépasse quelques jours.

LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX se retrouvent dans plusieurs observations.

En premier lieu, l'*hypersécrétion* doit être nettement invoquée dans l'observation du D^r Ribierre où l'analyse du suc gastrique montre une acidité totale de 0,262 au lieu de 0,189, de même pour l'acide chlorhydrique libre, si bien que les crises douloureuses tardives rappelaient les crises d'hypersécrétion de la sténose pylorique. On trouve le même résultat dans l'observation de Benech dans laquelle l'analyse du suc gastrique faite par le procédé de MM. Hayem et Winter a montré une hyperchlorhydrie très intense, alors que la malade était auparavant en excellente santé sans aucun trouble dyspeptique. Les deux autres observations du même auteur démontrent également une irritation gastro-intestinale, l'une à la suite d'une purgation, l'autre à la suite de troubles dyspeptiques aggravés semble-t-il par une cure d'eaux minérales.

Dans un grand nombre de cas on note des *vomissements*. Ceux-ci préexistent souvent en même temps que les crises douloureuses (obs. Potain) et ils semblent quelquefois nécessaires au malaise pour amener un soulagement (obs. Pal, n° 22). Ces vomissements sont rarement alimentaires, néanmoins nous pouvons signaler le

fait dans l'observation de M. le Dr Ribierre et le plus souvent ils sont constitués par des liquides brûlants, acides.

Ils ne coïncident pas avec l'ingestion de matières solides qui, elles-mêmes, sont si mal supportées dans certains cas (obs. Benech) qu'ils mettent obstacle à l'alimentation (obs. Ribierre). Les vomissements sont parfois remplacés par des renvois gazeux abondants (obs. personnelle).

On note souvent un état nauséux et même un état vertigineux persistant (obs. Potain). L'intensité des troubles gastro-intestinaux est parfois si considérable au début, que nous voyons dans l'observation de Pal, n° 21, son malade obligé d'aller consulter un chirurgien qui le laparotomisa sans aucun résultat, du reste.

L'entéocolite muco-membraneuse s'observe souvent au début de l'aortite abdominale et il est probable que bien des aortites frustes et aiguës sont passées inaperçues et étiquetées du nom de ce syndrome.

Parmi nos observations, nous en trouvons de bien nettes, où ce complexe morbide est précurseur de l'aortite (obs. personnelle) d'autres fois, on trouve des mucosités dans les selles au moment des crises (obs. Pal, 21). On note dans tous les cas précédents soit une période de *constipation* avec douleurs parfois très vives apparaissant quelques heures après les repas, tantôt tous les jours, tantôt de loin en loin.

D'autres fois il y a une période de *constipation* suivie d'une période de diarrhée survenant surtout après les repas avec une ou plusieurs garde-robes par jour. On y

constate des *mucosités* et il est des cas où les malades déclarent nettement que les crises d'entérocolite sont à répétition, avec expulsion au printemps et à l'automne de fausses membranes épaisses, rubanées en quantité parfois prodigieuse (obs. Teinier, 18). Mais si ordinairement l'abdomen est mou et permet facilement la palpation de l'aorte dans la profondeur (ce qui est d'autant plus facile que généralement les malades sont très amaigris) il est des cas où le ventre est gonflé, douloureux et ne permet d'arriver au vaisseau qu'avec beaucoup de difficulté (obs. Teissier, 19).

Nous devons noter toutefois que (témoin l'obs. de Teissier, 9) les phénomènes d'aortite semblent quelquefois bien indépendants des accidents d'entérocolite qui eux, dans le cas actuel se sont nettement amendés lorsque ceux là se sont manifestés.

Le troisième phénomène de la triade des symptômes fonctionnels est la SENSATION DE BATTEMENTS perçus par le malade.

Cette sensation procède par tous les degrés de violence si bien que nous n'avons que l'embarras du choix pour montrer combien ce symptôme à lui seul, peut être ou insignifiant ou aller jusqu'à effrayer le malade et le médecin.

Dans l'observation du Dr Ribierre, la malade sent des battements épigastriques depuis dix ans, ils sont perçus de façon pénible, surtout la nuit et plus marqués pendant les crises. Dans l'observation Teissier 24, la malade se plaignait de douleurs épigastriques violentes avec battements spontanément perçus, tellement vifs qu'ils

devenaient parfois insupportables, de plus ces battements étaient très apparents.

Dans une autre observation (18) du même auteur ils étaient tellement fatigants, douloureux, angoissants qu'ils pouvaient donner une sensation de syncope imminente, syncope qui d'ailleurs se réalisa deux ou trois fois.

En poursuivant l'étude de ce symptôme nous arrivons au cas de Minet qui le montre dans toute sa puissance, nous ne pouvons mieux faire que de retranscrire ses propres notes. « Les battements épigastriques, dit-il, ont pris à un moment des proportions extraordinaires, ils se sont généralisés à tout l'abdomen qui est animé de soubresauts violents synchrones aux pulsations radiales » ; et un peu plus tard, à la suite d'une crise « le ventre était secoué de soubresauts véritablement inquiétants ». Dans la majorité des cas, si le malade perçoit peu ce phénomène on l'observe communément si on prend soin d'examiner l'abdomen à jour frisant.

Dans notre observation, notre malade se plaint bien de douleurs dans la région épigastrique mais n'éprouve pas cette sensation de battements qui pourtant se perçoivent à la simple inspection et dont les ondes s'étendent jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen. •

Nous devons également noter comme autre symptôme fonctionnel, les *douleurs parétiques* et *paresthésiques* aux membres inférieurs citées par Zagari et dans les observations de Roque et Corneloup et Teissier (obs. 8).

B. — *Symptômes physiques.*

Au nombre de trois principaux, ils constituent les symptômes cardinaux de la maladie tracés pour la première fois de main de maître par Potain suivant l'expression de Teissier.

Ce sont : 1° *La douleur* provoquée au niveau de l'aorte ;

2° *L'augmentation du volume* et la déviation du vaisseau ;

3° *La mobilité.*

LA DOULEUR est généralement vive et nettement localisée lorsque l'on palpe l'aorte entre ses doigts et cette douleur est provoquée dans *toute la longueur* du vaisseau. Elle est quelquefois très violente au *niveau des iliaques*, d'autrefois il y a une différence d'intensité très notable entre ces dernières artères et le vaisseau principal (obs. personnelle). Ce qui est à remarquer, c'est l'extrême sensibilité de l'aorte comparativement à tout le reste de l'abdomen même dans le cas cité plus haut (obs. Minet) où le ventre présentait des soubresauts très violents et inquiétants.

Cette sensibilité du canal artériel est si grande que la pression à son niveau provoque des douleurs atroces qui arrachent des cris aux malades (Obs. Roque et Corneloup, 7). D'autrefois la palpation de l'aorte provoque une douleur tellement exquise à son niveau que tout attouchement un peu profond provoque le réflexe syncopal qui se reproduit, même si l'on suit le vaisseau jusqu'aux iliaques (Obs. Teissier, 19).

AUGMENTATION DE VOLUME. — Le vaisseau a nettement une augmentation de plus de deux travers de doigt. Sa forme est allongée correspondant à un cordon cylindrique analogue à un boudin s'étendant en longueur sur 7 centimètres au-dessus de l'ombilic et 2 cm. 1/2 au-dessous (Obs. pers.) allant d'autres fois jusqu'à la bifurcation des iliaques.

Dans certains cas, cette augmentation de volume n'est que partielle et n'existe que sur un point bien délimité du vaisseau. C'est ainsi que dans l'observation Roque et Corneloup, 7, on a un centre de battements très net avec ectasie du vaisseau et dans l'observation de Teissier, 8, l'augmentation du volume de l'aorte était localisée au tronc cœliaque.

Dans tous les cas, l'aorte est plus expansive du fait de la perte de son élasticité, d'où les battements intenses que nous avons signalés plus haut et donnant parfois l'impression d'une tumeur battant pour son propre compte comme dans l'observation si nette de M. le Dr Ribierre mais, même si le doute était permis, on le lèverait facilement en employant le procédé radiographique dont on a usé dans cette même observation ce qui nous amène alors insensiblement à constater le deuxième phénomène inhérent à l'augmentation de volume, je veux dire.

LA DÉVIATION DU VAISSEAU. — Dans toutes les observations précitées il est explicitement écrit par tous les auteurs que, soit dans l'aortite aiguë ou chronique, le vaisseau est repoussé notablement à gauche dans toute sa partie abdominale. A remarquer cependant que dans

L'observation de Roque et Corneloup, 10, le vaisseau était dévié à droite. De même dans l'observation de Minet, l'aorte, au lieu d'être rectiligne, décrit une courbe à concavité interne, couchée sur la paroi dorsale du côté gauche et s'écartant de la colonne vertébrale d'environ trois travers de doigt au niveau de l'ombilic là où la courbe atteint son maximum. On conçoit alors facilement son élongation. On ne peut, non plus, passer sous silence l'observation de Pal, 22, dans laquelle il est dit que pendant les crises, l'aorte se déviait encore de 1 centimètre à gauche en plus de la déviation qui existait déjà.

On peut dire que sous l'influence de distension plus facile, et par suite d'une difficulté plus grande à revenir à son volume primitif, le vaisseau s'allonge, mais bloqué à ses deux extrémités et dans l'impossibilité de s'étendre dans le sens rectiligne, il s'incurve, devient sinueux, forme un arc de cercle à concavité tournée vers la colonne vertébrale et va d'ordinaire se loger dans la fosse iliaque gauche.

MOBILITÉ. — Le troisième symptôme physique se trouve bien constaté dans la plupart des cas.

L'aorte est mobilisable transversalement dit l'observation de M. le Dr Ribierre. Dans nos observations personnelles, on retrouve ce symptôme non moins caractéristique.

L'observation de Pal 21 est à citer également lorsqu'il dit avoir été frappé de la déviation sensible à gauche de l'aorte abdominale ainsi que de sa mobilité.

Cette mobilité est un signe très important à rechercher car à lui seul, il peut nous permettre d'éliminer une

grosse cause d'erreur, j'entends par là « l'anévrysme de l'aorte abdominale ». Ce symptôme est la conséquence du relâchement des moyens de fixité du canal artériel et du tissu cellulaire ambiant conformément à cette loi formulée par Potain que « l'aorte abdominale ne se libère de ses attaches qu'après s'être préalablement dilatée et enflammée » d'où la possibilité de se déplacer de droite à gauche et de gauche à droite.

Quelques signes accessoires

Nous venons de passer en revue les trois signes cardinaux que l'on retrouve presque à coup sûr dans tous les cas où l'on se trouve en présence de l'aortite abdominale aiguë ou chronique.

Mais à côté de ces signes qui à eux seuls emportent le diagnostic, il en est un certain nombre d'autres que nous qualifierons d'accessoires et qui sans être aussi importants peuvent néanmoins concourir à aider ou mettre sur la voie de la maladie.

Parmi ces signes accessoires, nous mentionnerons : le *signe de la pédieuse* de Teissier ; la *contracture vigillante du grand droit de l'abdomen* ; la *névralgie diaphragmatique* ; la *température rectale* ; les *attitudes vicieuses*, les *signes stéthoscopiques*.

SIGNE DE LA PÉDIEUSE. — Parmi les signes accessoires, nous devons commencer par citer ce signe auquel Teissier attache une grande importance.

Il l'a recherché avec le sphygmomanomètre de Potain. Le membre inférieur doit être placé dans la position

horizontale. On comprime le vaisseau entre le pouce et la main droite, placée parallèlement à l'axe de l'artère, de façon à exercer une compression méthodique sur la grande longueur de la pédieuse et à restreindre la récurrence dans la plus large mesure possible, et, lorsqu'on ne sent plus battre l'artère qu'à l'extrémité même de la pulpe du pouce, on écrase la pédieuse au-dessus du point comprimé avec l'ampoule du sphygmo-manomètre pressée régulièrement par l'index et le médus de la main gauche dont le pouce est placé sous la plante du pied.

On sait que chez tous les sujets sains ou indemnes de toute altération de la circulation artérielle, la pression de la pédieuse est notablement inférieure à celle de la radiale en moyenne de 2 à 3 centimètres de mercure. Dans l'aortite abdominale, au contraire, on trouverait une hypertension notable de la pédieuse.

Or, ce point de séméiologie a suscité déjà quelques critiques.

Tout d'abord M. le Dr Josserand, à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, signala chez les malades angineux, au moment des crises, une hypertension de la pédieuse. Une autre critique que l'on peut faire à cette méthode est la difficulté que l'on éprouve à prendre cette tension au Potain, car, souvent, l'artère se trouve placée un peu profondément et on la sent à peine. D'autrefois, il est difficile d'écraser la récurrence. En présence de toutes ces causes d'erreurs, l'idée nous est venue de rechercher un moyen plus pratique de mesurer cette tension.

Nous avons tout d'abord cherché à utiliser le sphygmomanomètre de Pachon. Pour cela nous avons placé le brassard de cet appareil, au cou-de-pied au niveau des malléoles.

Après un certain nombre d'observations, nous avons pu constater que, *dans tous les cas*, chez les personnes en bonne santé et chez tous les malades que nous avons examinés il y avait une tension de la pédieuse supérieure à celle de la radiale.

Dans une autre série d'observations, nous avons placé le brassard du Pachon au niveau de la pédieuse en entourant la face plantaire. Nous avons obtenu les mêmes résultats.

Nous avons également, mis en œuvre, une nouvelle façon de rechercher les tensions avec le dernier appareil de M. le Dr Vaquez : Le sphygmotensiomètre.

Ce dernier est constitué par un manchon relié d'une part à un manomètre de Potain et d'autre part à une poire en caoutchouc qui permet de gonfler le manchon.

Les tensions obtenues avec cet appareil se rapprochent beaucoup de celles prises directement à la radiale avec le Potain seul.

La tension se recherche avec le Vaquez non plus à la radiale, mais à l'humérale ; donc, les tensions que nous avons prises proviennent d'une mise en place du brassard autour du biceps, et d'autre part au cou-de-pied, juste au-dessus des chevilles.

Avec cet appareil on obtient des tensions qui sont analogues à celles du Potain et elles n'ont pas l'incon-

vénient de donner comme le Pachon un chiffre systolique plus élevé.

	Tension			Appareil
	Radiale	Innégale	Tibiale postérieure	
M..., domestique, 17 ans, syphilis secondaire.....	14-9	»	17,5-8,5	Pachon.
R... ménagère, 24 ans, salpingite.....	14-10	»	15-10	Pachon.
V..., peintre, 55 ans, rhumatisme.....	15-10	»	20-10	Pachon.
E..., ménagère, 28 ans, entérite.....	15-9	»	16-10	Pachon.
V..., 43 ans, syphilis, tabès.	» 18-11	13-9 »	17-10 20-10	Vaquez. Pachon.
T..., hémiplegie syphilitique.....	16,5 19,5-10,5	» »	15,5 21,5-10	Potain. Pachon.
D..., 40 ans, aorte abdominale douloureuse, albuminurie.	»	15-10,5	17,5-11,5	Vaquez.
G..., plombier, colique saturnine fruste.....	»	16-12	16,5-12	Vaquez.

Ces observations nous montrent que la tension prise avec le Vaquez au membre inférieur est toujours plus élevée que celle du membre supérieur, résultat semblable à celui que nous avait fourni le Pachon.

De tous ces faits, nous pouvons donc conclure :

1° Que le signe de la pédieuse, malgré une certaine habitude est très difficile à rechercher au Potain dans la majorité des cas ;

2° Que ce signe recherché avec le sphygmomanomètre

tre de Pachon ou le sphygmotensiomètre de Vaquez qui seraient plus pratiques, donne constamment une tension au membre inférieur, supérieure à la tension de la radiale ou de l'humérale ;

3° Qu'il ne paraît pas pathognomonique de l'aortite abdominale.

CONTRACTURE VIGILANTE DU GRAND DROIT DE L'ABDOMEN. — Cette contracture se produit du côté où se trouve l'aorte. Dans l'observation de Teissier, 6, il dit : Le ventre est plutôt plat, le grand droit du côté gauche est fortement contracté (en état de contracture vigilante) et c'est à grand'peine qu'on peut faire la palpation profonde. Il est des cas, observation 19 du même auteur, où, lorsqu'on se trouve en présence d'un ventre ballonné et tendu, on doit employer une grande douceur et une série de pressions progressivement graduées pour vaincre cette résistance. Parfois aussi, on se trouve en présence d'un malade qui a la région épigastrique hyperesthésiée comme nous en avons déjà cités et qui nécessitent une grande patience afin de pouvoir pratiquer la palpation profonde, car la contracture dans ces cas peut en imposer un moment pour une tumeur épigastrique (obs. Dr Ribierre). D'autres fois, cette vigilance des grands droits est spasmodique (obs. Teissier, 9).

LA NÉVRALGIE DIAPHRAGMATIQUE. — A été notée par Teissier avec l'ensemble de ses symptômes habituels : Bouton de Guéneau de Mussy, point douloureux du scapulaire, douleur du phrénique. Plusieurs observations confirment ce signe, telle celle (Teissier, 6) où il est dit qu'une névralgie diaphragmatique très vive complique

les phénomènes et où le phrénique correspondant est sensible sur toute la longueur de son trajet ; celle du même auteur également (obs. 10) où il note le phrénique très douloureux du côté gauche.

L'AUGMENTATION ASSEZ ACCENTUÉE DE LA TEMPÉRATURE RECTALE. — Signalée par le même auteur nous montre une différence assez sensible dans un certain nombre de cas entre la température buccale et rectale (obs. Teissier, 11). Dans une autre observation du même, on note une différence, plus sensible encore, alors que le thermomètre n'atteint pas 37° dans la bouche, on trouve invariablement 38°2 comme température centrale ; ce résultat que l'on considérerait d'abord comme dû à une erreur d'instrument n'a pas été changé malgré l'échange d'appareils successifs.

ATTITUDES VICIEUSES. — Il est des malades qui, dans les crises d'aortite abdominale, ne peuvent rester au lit dans la position physiologique. Quelques-uns prennent la position dite en « chien de fusil » qui au premier examen peut laisser égarer un moment l'esprit sur une autre maladie. Il en est d'autres qui, au moment de leurs crises, prennent des positions plus ou moins bizarres pour se calmer. Nous citerons comme exemple le malade de l'observation de Ramsay-Haut.

SIGNES STÉTHOSCOPIQUES. — Le plus souvent, il faut l'avouer, on n'entend aucun bruit anormal avec une pression moyenne du stéthoscope. Quelquefois on trouve un souffle systolique et dans une observation de Teissier, 14, on perçoit à l'auscultation un double souffle très net, qu'on entend également au niveau des ilia-

ques, qui sont douloureuses. Ces souffles cessent au niveau des fémorales.

Concomitances cliniques et complications

Dans un grand nombre de cas, l'aortite abdominale n'est qu'une localisation d'un *processus artériel* plus ou moins disséminé et même généralisé, d'où la constatation d'aortite thoracique comme dans l'observation 6 où l'aortite a commencé par la partie ascendante de l'aorte.

Il n'est pas rare de trouver des *lésions valvulaires* dans un grand nombre de cas aigus; c'est tantôt les valvules de la base, tantôt les valvules de la pointe qui sont touchées.

Souvent il existe une lésion de l'aorte (obs. Tessier 8). Insuffisance aortique; dans l'observation 9 c'est un rétrécissement mitral et dans l'observation 11 nous trouvons une double lésion, rétrécissement et insuffisance aortique.

On peut constater également les lésions de *néphrosclérose* et même des lésions d'*artério-sclérose* plus ou moins généralisées aux artères lombaires comme le démontre l'observation de Ramsay Haut.

Nous devons également tenir compte de l'*hypertension* dans les cas chroniques.

Dans les aortites abdominales aiguës, on note souvent comme maladie concomitante, l'*entérocolite* simple et l'*entérocolite muco-membraneuse* (obs. 12 et 18).

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et Pal dans une de

ses observations, signale le cas d'une aortite subsistant en même temps qu'un tabès fruste, mais à vrai dire les signes qu'il en donne sont si minimes que tout au plus on peut parler d'une syphilis cérébrale puisque le signe d'Argyll seul existe et que d'après les données que nous connaissons, ce seul signe n'est pas pathognomonique d'un tabès. Quoi qu'il en soit, d'après plusieurs observations, la *syphilis* coexiste avec la maladie dont nous nous occupons. Y a-t-il simple coïncidence ou non ? Ceci nous amène directement au chapitre des complications.

Complications. — Nous voyons, dans les observations mentionnées, que pendant la maladie, il y a de la *diarrhée profuse* ou même de la *constipation*, mais il est permis de se demander si ces deux phénomènes sont en réalité une véritable complication de l'aortite, puisqu'ils font partie du syndrome de l'entérocólite muco-membraneuse et que cette dernière existe dans un grand nombre de cas, conjointement avec la maladie que nous étudions.

Les *crises* sont une complication de la maladie et on peut voir parmi nos observations qu'elles présentent toute la gamme de la douleur. Ces crises, en général, sont plus violentes à l'état aigu qu'à l'état chronique et je ne crois pas que l'on puisse les différencier comme a tenté de le faire dans sa thèse le Dr Holleau, en crises gastriques et intestinales.

Ce que l'on peut dire c'est que ces crises apparaissent parfois isolées, parfois se succédant à plusieurs reprises dans la journée et qu'elles intéressent surtout le trac-

tus gastro-intestinal, et par suite on peut prévoir l'intensité de ces crises qui vont jusqu'à la syncope.

Elles sont parfois tellement violentes, tellement douloureuses que nous ne pouvons que citer le mot de Tessier qui les appelle « angine abdominale » terme similaire à celui « d'angine de poitrine » (obs. 19).

Nous devons également citer l'opinion de Lœper qui parmi les aortites abdominales distingue, dans les crises intestinales, un certain nombre de groupes : 1° La crise douloureuse avec ou sans spasme intestinal ; 2° La crise coprostatique ; 3° La crise diarrhéique ; 4° La crise mucorrhéique.

Si nous analysons ces quatre types de crises nous voyons qu'ils correspondent nettement à certains cas d'entéocolite et comme je l'ai dit plus haut, il est classique d'attribuer à certaines formes de crises muco-membraneuses les quatre variétés signalées, et, nous l'avons vu déjà, ces deux maladies sont parfois coexistantes ; au reste nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

La *néphrite* est une complication de l'aortite, on ne peut pas dire si elle est la suite de l'aortite ou de l'infection cause de cette aortite mais il est probable qu'elle provient de cette dernière. Nous devons néanmoins citer l'opinion de Teissier qui écrit : « Il est de bonne logique d'admettre que l'irritation aortique doit avoir quelque propension à se propager aux artères rénales et que l'irritation proliférative est susceptible de gagner successivement jusqu'à la région glomérulaire. »

La *fièvre* est une des complications de l'aortite. En

effet : nous ne serions pas étonné, dit Teissier, que ce soit dans les cas où l'aortite vient compliquer l'entérocolite que les troubles de calorification aient plus particulièrement tendance à se manifester, témoin l'observation 26

Evolution et pronostic

L'aortite abdominale a une évolution essentiellement variable, tout dépend des lésions concomitantes qui existent et de l'étiologie de la maladie, comme nous le verrons plus loin.

Au point de vue de la marche de la maladie, l'aortite peut être *nettement localisée*, ou *extensive et locale* ou bien *descendante*.

Le mode d'invasion est différent, suivant qu'il s'agit de l'aortite aiguë ou bien de l'aortite chronique; d'emblée ou consécutive.

L'aortite aiguë s'installe parfois très rapidement ou au bout de quelques jours.

Lorsque l'aortite est chronique, son début n'offre rien de fixe et il est généralement tardif.

L'aortite, *localisée* dans le plus grand nombre de cas, reste cantonnée dans la portion, allant de sa partie sous-diaphragmatique à la bifurcation des iliaques.

Souvent l'aortite est *localisée* mais *extensive*, nous rappellerons pour le prouver les différentes observations où l'on trouvait l'aorte et les iliaques douloureuses, nous mentionnerons également l'observation de Teissier dans laquelle : le double souffle entendu au niveau de l'ombilic s'étend également, au niveau des

deux iliaques douloureuses, la propagation n'allant pas plus loin.

Comme troisième évolution, nous citerons celle où l'aortite abdominale se déclare à la suite d'une marche *descendante* en gagnant de proche en proche. Le cas est nettement consigné dans l'observation de Roque et Corneloup où l'aortite, d'abord située dans la partie ascendante de l'aorte, se propage de proche en proche, devenant d'abord thoracique puis abdominale.

L'évolution, comme nous l'avons déjà dit, dépend des lésions concomitantes et est essentiellement liée à ces dernières lésions.

Dans les cas aigus, nous pourrions citer parmi les observations des cas où l'aortite a simplement l'allure d'une maladie *légère* (obs. Benech).

Le plus souvent on se trouve en présence d'une *forme moyenne* sans aucun symptôme alarmant. D'autres fois, les signes présentés par les malades sont tellement aigus et impressionnants que nous pouvons dire dans ces cas que l'on se trouve en face d'une *forme grave*. L'exemple du malade de M. le Dr Minet nous en est une preuve.

Nous ne pouvons passer sous silence le cas de Teissier dans lequel nous voyons la maladie évoluant par *rechutes* nettement caractérisées (obs. 8).

A côté des cas aigus, nous trouvons une deuxième forme de la maladie : la *chronicité*.

Les cas chroniques peuvent succéder aux cas aigus, mais peu d'observations ont été suivies suffisamment longtemps pour être bien caractéristiques à ce sujet.

Le plus souvent, on se trouve en présence de cas nettement chroniques qui durent parfois depuis des mois, même des années et ce n'est qu'après avoir erré pendant une période de temps plus ou moins longue, que ces malades se présentent avec tous les symptômes tels que nous les avons énumérés. Nous ne pouvons signaler à ce sujet de plus bel exemple que le malade de M. le Dr Ribierre. L'évolution de ces cas chroniques s'effectue parfois par poussées ou crises douloureuses se répétant sans intervalles bien fixes; parfois on se trouve en présence d'une évolution lente avec douleurs persistantes bien améliorées par le traitement, mais subsistant quand même.

Le PRONOSTIC dans les *cas aigus* est généralement bénin au moins *quo ad vitam*.

D'après Teissier, l'évolution naturelle se fait alors vers la guérison spontanée.

Dans les *cas chroniques*, on se trouve alors en présence de troubles liés à l'athérome, et alors le pronostic est celui de cette lésion. L'athérome, cette « rouille de la vie » a dit Peter, prépare à des ruptures spontanées des artères et nous pouvons confirmer le fait par la rupture de l'aorte abdominale vérifiée à l'autopsie de l'observation Rochard et Dehelly.

Nous voyons donc que le pronostic dans les cas chroniques n'est pas toujours benin. Teissier (obs. 24) cite également un cas de mort brusque dans le cas d'une aortite d'abord améliorée, puis aggravée à la suite d'imprudences.

Il est naturel également de prévoir un pronostic

fâcheux dans les cas d'aortites compliqués soit de gangrène, soit de lésions hémorragiques dont les infarctus entraînent souvent la mort ; et nous sommes encore entièrement de l'avis de Teissier lorsqu'il dit « Le pronostic est au cœur » quand l'aortite abdominale est compliquée d'aortite supérieure.

CHAPITRE IV

Diagnostic

C'est une règle clinique banale, quoique trop souvent méconnue, qu'un diagnostic doit être basé avant tout, sur la constatation et l'analyse des signes objectifs, lesquels ont, seuls une valeur décisive : bien des erreurs de diagnostic seraient évitées si le médecin se conformait toujours à cette règle élémentaire de clinique.

Mais, d'autre part, il est certain que les investigations physiques sont dirigées par les phénomènes fonctionnels qu'accusent les malades. Il en résulte que, lorsque le syndrome fonctionnel est, en soi, peu caractéristique, le diagnostic peut être orienté dans une fausse voie, si l'on n'a pas soin de pratiquer un examen systématique, *de capite ad calcem*, du malade. C'est cette éventualité fâcheuse que l'on observe fréquemment dans les cas d'aortite abdominale.

Les signes physiques, nous l'avons vu, sont assez caractéristiques et ne soulèvent que des questions de diagnostic différentiel, assez facilement solubles ainsi que nous le verrons plus loin. Mais encore faut-il penser à

les rechercher, et c'est ce qu'on néglige fréquemment de faire, parce que les symptômes accusés par les malades n'orientent pas toujours les recherches du côté de l'aorte abdominale. Exception doit être faite pour les *battements abdominaux* perçus par le malade ; dans des cas rares, il est vrai, ils ont présenté une intensité telle que le patient attire lui-même l'attention du médecin sur le symptôme : c'est ce que l'on note, par exemple, dans l'observation si caractéristique de Minet et Holleau. De même dans notre observation I la malade se plaignait de battements abdominaux très violents, perçus de façon pénible, surtout pendant la nuit et particulièrement lors des crises gastriques.

Mais si les battements abdominaux perçus spontanément, ont ainsi une *valeur indicatrice* considérable, il n'en est pas de même des autres symptômes fonctionnels. Ceux-ci sont surtout susceptibles d'égarer le diagnostic, et, comme ils n'offrent par eux-mêmes, aucun caractère pathognomonique, on s'explique les erreurs de diagnostic très différentes, auxquelles ils peuvent donner lieu et que nous énumérerons seulement sans essayer d'indiquer d'éléments de diagnostic différentiel, lesquels doivent être uniquement fournis par l'investigation physique.

C'est ainsi que les phénomènes douloureux avec leurs indications parfois déroutantes et aussi leur cortège habituel de symptômes gastro-intestinaux peuvent en imposer pour une crise de *coliques hépatiques, néphrétiques* ou *saturnines*. Lorsque se manifeste un cortège particulièrement impressionnant de symptômes géné-

raux (lipothymie, syncope, pâleur de la face et petitesse du pouls) on peut être orienté vers les hypothèses d'*appendicite* avec *réaction péritonéale* plus ou moins grave ou de toute autre *péritonite par perforation* (la contracture musculaire, observée parfois dans l'aortite, est ici une autre cause d'erreur) ou encore penser à un syndrome pancréatique aigu, à une intoxication, voire à certaines manifestations aiguës de l'insuffisance surrénale.

La fièvre peut exister dans l'aortite aiguë, comme dans quelques-unes des affections que nous venons d'énumérer et la constatation de ce symptôme n'apporte, par conséquent, aucun élément décisif au diagnostic.

Dans les cas où les paroxysmes douloureux ont une allure moins aiguë et se présentent sous forme de petites crises journalières survenant tardivement, après le repas, l'hypothèse d'un *syndrome pylorique* lié à une lésion organique ou à un spasme avec phénomènes d'hypersécrétion gastrique, s'impose à l'esprit de l'observateur.

De fait, les troubles *gastro-intestinaux* sont eux-mêmes la source d'erreurs de diagnostic. Ils peuvent non seulement fortifier l'hypothèse d'une dyspepsie avec hypersécrétion, celle d'une sténose pylorique, mais évoquer l'idée d'une entérite, d'une entérocolite muco-membraneuse. Et il est certain, ainsi que nous l'avons exposé plus haut, que ces syndromes existent chez les sujets affectés d'aortite abdominale, mais le diagnostic consiste à déceler ce qu'ils dissimulent et c'est là l'œuvre de l'examen objectif.

Les *données de cet examen*, mal interprétées, peuvent elles-mêmes faire errer le diagnostic.

L'aorte abdominale, augmentée de volume, sur une portion de son trajet, peut être prise pour une tumeur abdominale ; dans le cas qui nous a été communiqué par M. le Dr Ribierre, le diagnostic porté tout d'abord il y a douze ans, et depuis lors, à plusieurs reprises fut celui de cancer de l'estomac. La longue évolution de l'affection et le maintien relatif de l'état général firent abandonner ce diagnostic pour celui de *tumeur inflammatoire* périgastrique.

M. Ribierre nous a rapporté que la même erreur avait été commise au sujet d'une malade qu'il eut l'occasion d'observer il y a plusieurs années dans le service du professeur Proust que suppléait alors M. Dupré. Ce dernier, par un examen objectif attentif reconnut que la prétendue tumeur n'était autre que l'aorte abdominale.

On a pu penser, et l'erreur se conçoit facilement à d'autres tumeurs inflammatoires de l'abdomen. Dans l'un des cas rapportés par le professeur Teissier, un des internes du service avait pensé à une localisation salpingienne.

Il convient d'insister, ici, sur les difficultés diagnostiques auxquelles peuvent donner lieu *les tumeurs épigastriques soulevées par des battements cœliaques* qu'elles transmettent intensément à la paroi abdominale : en pareil cas, on n'observe pas la configuration cylindroïde de l'aorte, sa déviation et sa mobilité latérale. L'examen radioscopique pratiqué, en maintenant un repère métallique au niveau de la tumeur peut montrer si celle-ci

siège en dehors de l'aorte abdominale ou à son niveau.

La constatation objective de battements aortiques abdominaux intenses loin d'avoir, à elle seule, une valeur décisive peut être au contraire une cause d'erreur. Chez certains sujets dyspeptiques et névropathes avec manifestations neurasthéniques ou pithiatiques, appartenant surtout au sexe féminin, on peut observer ce que l'on a appelé « l'aorte pulsatile » ou l'aortisme abdominal ». Mais cet état se limite à la production de pulsations abdominales énergiques, tumultueuses, et l'on n'observe ni augmentation de volume, ni déviation, ni expansibilité propre du vaisseau.

C'est également l'absence de ces signes physiques caractéristiques qui permettra de différencier l'aortite abdominale de *ces crises vasculaires abdominales*, de cette *angine abdominale* décrite par Pal chez des sujets artério-scléreux qui peuvent être indemnes de toute localisation sur l'aorte abdominale.

« L'artério-sclérose des vaisseaux abdominaux, n'est pas identique à l'angine abdominale des artério-scléreux », dit cet auteur, mais il ajoute : « quoiqu'on ne puisse pas toujours la distinguer. » Il est certain que si l'on voulait trancher un tel diagnostic, en se fondant sur les seuls symptômes fonctionnels, on pourrait être très embarrassé. Il n'en est plus de même, si l'on considère que, seule, la symptomatologie physique, complète et caractéristique peut entraîner le diagnostic d'aortite abdominale.

Aussi bien, doit-il exister des *faits de passage* entre ces deux séries de faits et il est probable que des lésions

artérielles directes, inaccessibles à l'exploration physique, peuvent prédisposer à la localisation abdominale de la crise vasculaire.

Il reste enfin une affection dont le diagnostic avec l'aortite abdominale peut être particulièrement délicat; c'est l'*anévrisme* de l'*aorte abdominale*. Si le problème est relativement aisé lorsqu'on se trouve en présence d'une ectasie anévrysmatique ayant acquis un développement considérable, comprimant, déplaçant les organes de voisinage, ayant usé les corps vertébraux et entraînant des phénomènes de compression médullaire, il n'en est plus de même lorsque l'anévrysme n'atteint qu'un volume moyen ou lorsqu'on est encore à une période peu avancée de son évolution.

Peut-être dans certains cas d'anévrysme, la tumeur est-elle moins régulière, cylindroïde que dans l'aortite abdominale; mais cet élément de diagnostic n'a qu'une valeur bien douteuse.

Plus importante serait la constatation du retard ou de l'affaiblissement du pouls fémoral. Enfin le signe de la pédieuse n'existerait pas, en pareil cas. En tout état de cause, le diagnostic sera toujours extrêmement délicat.

Les données des examens radiologiques, dans les cas d'aortite abdominale, paraissent dans l'état actuel assez limitées. En effet, l'aorte abdominale n'est accessible à l'examen radiologique que lorsque sa paroi est infiltrée de sels calcaires. C'est là un élément absolument contingent. Mais lorsque cette infiltration sera constatée sur une portion limitée de l'aorte abdominale

donnant lieu, d'autre part, à la symptomatologie physique caractéristique, une telle constatation aura une valeur décisive.

D'autre part, l'exploration radiologique peut fournir des *données indirectes* de réelle importance en éliminant, par exemple, le diagnostic de tumeur de l'estomac, splénique, etc..., en permettant de situer au niveau de l'aorte abdominale, par un repérage précis de la tumeur, le processus de localisation obscure.

Cette exploration, complètement indispensable de toute observation clinique moderne, ne devra donc jamais être négligée.

Enfin, chaque fois que le diagnostic d'aortite abdominale aura été posé, il conviendra de rechercher si cette affection ne doit pas être rapportée à la syphilis. Si cette infection paraît jusqu'ici être moins fréquemment à l'origine de l'aortite abdominale qu'à celles des aortites thoraciques, cela tient peut-être à ce que la syphilis n'a pas été toujours recherchée, en pareil cas, avec toute la rigueur désirable.

On ne négligera donc jamais la mise en œuvre de la réaction de Wassermann, qui pourra fournir au pronostic et au traitement l'appoint le plus précieux.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

Nous ne citerons que deux cas d'aortite abdominale suivis d'autopsie et d'examen histologique.

Le premier est celui dont nous avons déjà rapporté l'observation (n° 24). Il s'agit d'un malade de M. Teissier chez qui l'autopsie montre des lésions d'endartérite et de périartérite de l'aorte abdominale.

L'*endartère* paraît soulevée par une longue plaque saillante d'aspect rosé et gélatineux.

L'examen histologique pratiqué par le Dr Cade montre que cette tunique a subi sur une très grande surface une *transformation fibreuse* et dans certains points, un processus régressif se manifestant par l'existence de larges espaces clairs, contenant des débris granuleux.

Périartère. — Dans cette tunique, on constate de nombreux vaisseaux dilatés et gorgés de globules. En beaucoup de points, on constate une infiltration et une inflammation périvasculaire.

Dans une autre observation rapportée par MM. les Drs Rochard et Dehelly nous nous trouvons en présence

d'une rupture spontanée de l'aorte d'origine nettement spécifique ayant provoqué des lésions inflammatoires diffuses, anciennes de cet organe. Nous la résumerons en relatant les indications fournies par l'examen histologique.

Il s'agit d'un cas de rupture spontanée de l'aorte abdominale chez une jeune femme de 32 ans qui était entrée dans le service de M. Rochard pour phénomènes aigus du petit bassin.

Cette rupture se fit au début de la laparatomie pour double salpingite suppurée.

A l'autopsie, on constata que l'aorte se trouvait déchirée un peu au-dessus de sa bifurcation, sur une longueur de deux centimètres environ au niveau de la face antérieure. Le mésentère contenait des caillots récents, il n'y avait aucune poche anévrysmale.

M. le professeur Letulle a fait l'examen histologique, de la pièce d'où il appert qu'il existe des lésions de l'endartère et que l'ensemble de ces altérations permet d'affirmer l'existence ancienne d'une endomésartérique chronique scléro-atrophique, indiscutable, au niveau de la portion de l'aorte rompue et ligaturée, ne laissant aucun doute sur la nature spécifique, syphilitique des *lésions inflammatoires diffuses*, anciennes, susceptibles d'avoir occasionné de telles mutilations.

CHAPITRE VI

Étiologie et Pathogénie

Potain classait les observations en deux classes suivant que :

1° La localisation abdominale était primitive.

2° Cette localisation était le résultat d'une propagation d'un processus d'aortite portant sur la partie supérieure du vaisseau.

Dans la première classe, cet auteur considérait l'aortite abdominale comme une aortite thoracique et il disait : « Nous ne savons de son étiologie que ce qu'il résulte de la théorie générale des artérites, que l'on fait découler des infections : variole, scarlatine, rougeole, paludisme, tuberculose, saturnisme, etc... »

A ces données, qui sont très intéressantes, il nous semble plus important d'ajouter une plus large prépondérance à la détermination des facteurs étiologiques en causes.

Nous avons vu que la maladie a une évolution tantôt aiguë, tantôt chronique, nous allons les envisager successivement.

Dans le premier groupe nous nous trouvons en présence de PROCESSUS AIGUS ou SUBAIGUS qui nous amènent à rappeler la classification proposée par Teissier, différente de celle de Potain que nous avons vue plus haut.

Pour cet auteur il existe trois classes :

1° Les aortites abdominales primitives.

2° Les aortites abdominales secondaires, celles-ci présentant deux subdivisions.

α) Les aortites abdominales par extension, c'est-à-dire les aortites consécutives à des lésions de l'aorte thoracique ou même du cœur.

β) Les aortites abdominales par propagation qui surviennent à la suite de l'inflammation d'un organe sous-diaphragmatique quelconque : estomac, intestin, reins, etc. Ce sont sur ces données que le Dr Holleau établit sa thèse et il divise ses observations en trois groupes bien distincts.

Assurément, la détermination des facteurs étiologiques est très importante, comme nous le disions plus haut, mais nous sommes aussitôt mis en éveil par Teissier lui-même qui dit : « Bien souvent, la maladie n'est que la résultante de facteurs multiples et disparates, et nous avons continué à la rapporter seulement, dans les classifications étiologiques, à celui des facteurs, qui paraît avoir eu l'influence prépondérante. »

Néanmoins, s'il est quelques rares cas d'*aortite abdominale aiguë primitive*, nous devons reconnaître que certaines causes jouent un rôle adjuvant assez important, telles : le refroidissement noté par Potain qui rap-

pelle le cas d'un infirmier de la Charité qui contracta sous ses yeux une poussée d'aortite abdominale pour être resté trop longtemps à laver de grands vitrages, l'abdomen exposé à un courant d'air frais, contre un vasistas ouvert.

Nous signalerons en outre, la grande fatigue, les travaux pénibles (obs. Zagari) les irritations prolongées épigastriques chez les laveuses qui appuient leur ventre sur le bord de la cuve ou sur la planche à laver.

Dans les aortites *par extension* nous devons signaler de nombreuses infections, grippe, scarlatine (obs. Minet), rhumatismes et lésions vasculaires du cœur qui se propagent de proche en proche le long du canal vasculaire.

Les aortites abdominales aiguës par *propagation* semblent plus fréquentes, elles sont consécutives à l'inflammation des organes abdominaux.

C'est la gastrite (Benech), l'hyperchlorhydrie, les irritations gastro-intestinales, les entérites et parmi elles, surtout la muco-membraneuse.

II. — PROCESSUS CHRONIQUE

Dans ce processus, nous étudierons d'abord la pathogénie des *lésions* que l'on peut rattacher soit à l'athérome, soit à l'infection spécifique ; ensuite, celle des *symptômes*.

Dans le premier groupe, l'étude des lésions se rattache à la pathogénie générale des lésions d'aortite quelle qu'en soit la cause.

Les lésions athéromateuses peuvent être dues, soit à des *infections* telles que la syphilis, soit à des *intoxications*, soit à des *diathèses*. Mais, en présence des lésions athéromateuses, se dressent devant nous deux théories principales :

L'une voit dans l'*hypertension* le facteur primordial des lésions artérielles qui deviennent ainsi les conséquences d'une inflammation mécanique. Cette évolution serait caractérisée par une phase de spasme artériocapillaire, puis une phase d'hypertension, enfin une phase d'artério-sclérose aboutissant elle-même à la phase des scléroses viscérales.

L'autre théorie considère les lésions athéromateuses comme étant de nature directement toxique.

Quoi qu'il en soit, l'*hypertension* peut-être ou la cause, ou le résultat du reliquat athéromateux, aussi, est-ce un facteur pathogénique que nous devons noter dans l'aortite abdominale.

L'athérome peut en outre relever d'*infections générales* ou d'*intoxications* comme on le voit chez le malade de Ramsay Haut, qui attribue la maladie à un processus d'artério-sclérose de l'aorte abdominale ou de ses branches lombaires.

Le rhumatisme articulaire joue également un grand rôle dans l'étiologie et la pathogénie de l'aortite abdominale chronique.

Dans notre malade n° 2 on retrouve dans ses antécédents des douleurs rhumatismales, mais le fait est bien plus net dans l'observation, de Teissier 24, où la malade

était atteinte de cardiopathie complexe avec aortite, insuffisance aortique et lésion mitrale.

Un des grands facteurs de l'aortite abdominale chronique est le rôle joué par les irritations locales. Lorsque l'athérome se localise sur l'aorte abdominale, comme dans le cas de la malade du Dr Ribierre, on peut se demander s'il y a une cause locale qui est le point d'appel et si les troubles gastriques et intestinaux ne préexistent pas et par la détermination d'irritations vaso-motrices n'entraînent pas cette localisation.

Dans ce cas, l'aortisme préexisterait à l'aortite.

Dans d'autres cas, *une cause locale* pourrait agir d'une façon plus tangible ; ainsi, on peut très bien prévoir le rôle joué par une *péricholécystite*, une *périnéphrite*, une *colite* qui agiraient de proche en proche par irritation.

Dans l'observation de Potain, on retrouve nettement une *irritation gastro-intestinale* avec digestions pénibles, douleurs après les repas, avec parfois des vomissements alimentaires et alternatives de constipation et diarrhée

Chez le malade de Teissier n° 19 nous nous trouvons, d'après cet auteur, en face d'une angine abdominale symptomatique d'une poussée d'aortite sous-diaphragmatique, consécutive elle-même sans doute à une *entérocolite* ancienne.

Dans une de nos observations personnelles, nous sommes en présence d'une malade se plaignant de douleurs d'estomac depuis longtemps, douleurs accompagnées de vomissements avec symptomatologie d'en-

térocolite muco-membraneuse nettement constatée puisque la malade dit avoir expulsé des peaux et des glaires.

La coexistence de l'entérocolite muco-membraneuse avec l'aortite abdominale est fréquente ainsi que le démontre Teissier dans une communication à la Société de médecine dès hôpitaux de Lyon à la séance du 10 janvier 1902.

D'après lui sur 49 cas d'entérocolite muco-membraneuse caractérisés, c'est-à-dire, avec des allures d'intensité et de permanence telles que l'entérocolite devait nécessairement être considérée comme le phénomène pathologique dominant, et digne de fixer l'attention, il existe :

13 fois des signes d'aortite ou de péricéaortite abdominale soit 26 fois pour cent, mais tous ces faits ne paraissent pas susceptibles d'être englobés dans la même catégorie, et il les divise en trois classes.

1° L'aortite et l'entérocolite semblent dépendre du même processus constitutionnel et n'avoir entre elles que des lésions lointaines, il en signale deux exemples seulement.

2° Dans une deuxième catégorie de faits, *ce sont les plus nombreux*, soit 44 % des cas, *l'aortite semble secondaire*, elle s'est développée d'une façon tardive et paraît être la conséquence des tiraillements exercés sur l'aorte abdominale par les *viscères ptosés* ou d'un travail irritatif par voie de voisinage de l'intestin malade aux vaisseaux sous-jacents.

3° Dans une troisième catégorie, 4 observations, soit 38 % des cas recueillis, l'aortite a nettement précédé

l'apparition des crises d'entérocolite. Il s'agit de sujets âgés et qui à côté d'accidents rattachables à la détermination abdominale, présentent un certain degré d'irritation du bulbe aortique, imputable à la *syphilis*, *athérome artériel* ou *infection antérieure* et dans ces cas, les crises d'entérocolite ont un caractère muqueux, sanguinolent, avec même une tendance catarrhale.

Un autre facteur important de l'aortite abdominale est la *syphilis*.

Il était à prévoir que cette maladie devait jouer le même rôle dans l'affection qui nous occupe que dans les autres localisations aortiques.

Nous savons en effet que la syphilis aortique ne se traduit pas toujours, il s'en faut, par des lésions diffuses ; dans bien des cas, ces lésions se cantonnent à tel ou tel segment du vaisseau, nettement déterminé réalisant ainsi une sorte d'aortite segmentaire qui n'est pas sans analogie avec les artérites segmentaires syphilitiques.

Pal, dans les deux observations 21 et 22 que nous mentionnons nous montre d'abord un cas d'aortite abdominale relevant d'après lui de la syphilis ou du moins d'une manifestation parasyphilitique : le tabès. Mais il n'en donne pas de preuve bien concluante à ce sujet. En effet, si son malade avoue être spécifique, il ne présente rien au point de vue tabétique ; c'est un tabès incipiens d'après cet auteur, mais combien fruste.

Chez son deuxième malade, la spécificité semble jouer un rôle plus concluant. On ne relève pas en effet de passé gastrique, mais les pupilles ne réagissent pas à la

lumière, caractéristique de syphilis cérébrale, aussi n'hésite-il pas à affirmer l'origine spécifique des crises vasculaires de sa malade.

Une troisième observation, celle de MM. Rochard et Dehelly, avec examen histologique, nous montre une rupture de l'aorte abdominale, d'origine nettement syphilitique, due à des lésions inflammatoires diffuses, anciennes de ce vaisseau. Boisnet cite le cas d'un syphilitique âgé d'une quarantaine d'années, dont l'aorte abdominale présentait des verrucosités fibreuses avec infiltration calcaire et athéromateuse, rétrécissant l'origine de l'artère mésentérique et l'embouchure des deux iliaques primitives.

Au point de vue pathogénique, pour Teissier, la majorité des accidents qui surviennent au cours de l'aortite abdominale sont dus à des réflexes provoqués par l'irritation des plexus nerveux, péri-aortiques et péri-cœliques, il en est de même des intermittences cardiaques, des nausées, des tendances syncopales.

Pour Benech, il existerait une succession constante de phénomènes morbides qui commenceraient par une gastrite avec péri-gastrite à la suite de laquelle apparaîtrait l'aortite qui entraînerait à son tour l'entérocologie.

Pour Lœper, l'inflammation de l'aorte provoque, ou bien une névrite des filets nerveux péri-aortiques et en particulier, une névrite solaire ; ou bien une simple irritation de ces filets nerveux, ce qui engendre une névralgie.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement de l'aortite abdominale est généralement simple, on doit viser deux choses : 1° La crise douloureuse ; 2° la maladie initiale ou concomitante.

Parmi les malades que nous avons eus à traiter nous nous sommes bien trouvé de la compresse chaude humide appliquée tous les soirs au creux épigastrique, et recouverte de taffetas chiffon. Les bromures d'ammonium ou de strontium recommandés par Potain sont tout indiqués, et leur ingestion, soit par la voie buccale, soit par le rectum en lavements donnent aussi d'excellents résultats.

La belladone est aussi un bon médicament, sous forme de pilules de deux centigrammes de poudre mélangée à deux centigrammes d'extrait. Les pilules étant prises matin et soir avec une infusion de tilleul. On peut également user de ce médicament en suppositoires.

Nous mentionnerons également l'opium qui peut être donné sous toutes les formes, suivant la rapidité d'action qu'on lui demande.

Le sirop d'opium sera réservé, comme le sirop dia-code, pour préparer les prescriptions où l'on fera intervenir également les bromures.

En lavement, on pourra employer le laudanum de Sydenham, mélangé à d'autres substances calmantes :

Bromure d'ammonium	2 grammes
Laudanum de Sydenham	XII gouttes
Lait	150 grammes

pour un lavement à conserver, en ayant soin de vider auparavant l'intestin par un autre lavement à l'eau bouillie.

Ces lavements doivent être répétés journellement pendant toute la période douloureuse.

Nous ne devons pas oublier de signaler dans la famille des opiacés, la morphine, si précieuse dans les cas aigus. On peut en donner même aux cardiaques à la dose de un à deux centigrammes en injection hypodermique. On obtient ainsi un soulagement rapide en calmant l'éréthisme nerveux.

La révulsion est un excellent moyen qui a donné de très bons résultats entre les mains des divers auteurs qui l'ont employée. Les pointes de feu sur la région abdominale sont très énergiques et très conseillées.

Le vésicatoire au niveau de l'aorte a été moins souvent mis en pratique, mais les saignées, les sangsues ont été parfois des dérivatifs précieux surtout dans les formes aiguës et subaiguës.

Le repos horizontal est de toute nécessité, en se rap-

pelant néanmoins qu'il est des cas où la position horizontale provoque au contraire des crises.

Il est tout naturel aussi de traiter soit la diarrhée ou la constipation par des moyens habituels :

Le benzonaphtol associé au sous-nitrate de bismuth et à l'opium pour la diarrhée, et pour combattre la constipation, les laxatifs et les purgatifs ordinaires.

Il est de toute nécessité pour le malade de ne pas faire d'abus de nourriture, si la maladie est à l'état chronique surtout. Tout écart de régime, repas trop copieux, en fatiguant l'estomac, irritent les plexus et l'aorte. Il en est de même des marches fatigantes, des exercices violents, cheval, bicyclette. Éviter tout refroidissement brusque de la paroi abdominale. On doit recommander de grandes précautions aux malades qui ont déjà eu une première atteinte.

Nous ne voulons pas faire la critique des médicaments hypotenseurs qui ont leurs partisans et nous nous bornerons à les rappeler à grands traits.

Tout d'abord l'iodure, employé comme il l'est ordinairement, en présence d'une aortite quelconque ; mais on sait que ce médicament a des inconvénients et si l'on a pas le soin de le prendre avec une assez grande quantité de lait, on provoque des accidents d'iodisme. On peut également éviter ces accidents en employant une des nombreuses spécialités du commerce où l'iode est combiné soit avec de l'albumine ou des peptones.

Le nitrite d'amyle peut être employé suivant l'indication de Pal à la dose de V à VI gouttes sur un mouchoir. En respirant ce médicament ainsi ordonné, on

provoque une vaso-dilatation intense et on peut obtenir un soulagement momentané assez rapide de la crise.

La solution de trinitrine au centième du codex peut être la base du traitement en l'employant à la dose de V à VI gouttes dans la journée, mélangée avec un peu d'eau sucrée.

Le nitrite de soude peut avoir son emploi, son action d'après certains auteurs est tout à fait comparable à celle du nitrite d'amyle à cela près qu'elle se manifeste plus tardivement mais dure plus longtemps. La dose journalière ne doit pas dépasser 0 gr. 40 et on doit la surveiller.

Pour éviter la réapparition des crises, plusieurs auteurs conseillent la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes; ou la diurétine qui est un mélange de théobromine et de salicylate de soude, à la même dose.

Le traitement de l'aorte abdominale peut quelquefois être étiologique.

Dans le cas de rhumatismes par exemple, il ne faut pas hésiter à avoir recours aux salicylates ou à leurs dérivés, l'aspirine, le salol et le salophène.

Le salicylate de soude aux doses de 3 à 4 grammes par jour sauf lorsque l'on se trouvera en présence de néphrite.

Le salol, le salophène et l'aspirine s'emploient aux doses de 2 à 3 grammes par jour, ce dernier sel surtout a l'avantage d'une grande activité thérapeutique sous des doses relativement peu élevées.

Parfois, on se trouvera en présence d'une aortite abdominale à étiologie syphilitique, dans ce cas, il ne faut pas hésiter à instituer le traitement. MM. Vaquez et Laubry

dans un article sur les aortites syphilitiques et les anévrysmes de l'aorte ont récemment étudié les différents traitements, par l'arséno-benzol, les préparations mercurielles et les préparations iodées; nous ne pouvons mieux faire que de citer leurs conclusions :

Aucune méthode n'offre de supériorité telle, qu'elle devienne exclusive. Les indications de la méthode employée dans les cas d'aortite, comme dans toute manifestation syphilitique subissent les lois de l'affinité individuelle. De même qu'il existe pour un sujet ou une lésion syphilitique une affinité spéciale pour telle ou telle préparation mercurielle, que tel malade réagit au cyanure qui n'aura pas été influencé par le calomel, de même telle aortite obéira au 606 ou à un traitement combiné de mercure et de Salvarsan qui n'aura pas cédé au mercure seul.

Le traitement employé chez les aortiques est le suivant :

En première ligne, les injections intraveineuses de cyanure de 1 centigramme tous les jours ou tous les deux jours au nombre de 12. A leur défaut, les injections intramusculaires de cyanure ou de biiodure suivant les formules :

Cyanure d'hydrargyre	0 gr. 02
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 005
Eau distillée	1 cc.

ou :

Biiodure de mercure	0 gr. 02
Iodure de sodium	0 gr. 02
Solution de Nacl à 7 ‰	1 cc.

et parallèlement ou consécutivement le traitement iodé.

Si les résultats sont nuls, incertains, trop passagers ou insuffisants, entreprendre après les séries mercurielles, les séries d'injections à l'arséno-benzol.

Dans ce cas, on doit *renoncer* aux injections intramusculaires douloureuses et mal supportées et aux injections intramusculaires massives.

Employer les doses de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 en solution légèrement alcaline dans 80 à 100 grammes de sérum physiologique. Renouveler les injections tous les huit jours, en faire trois.

Le néo-salvarsan s'emploie à la dose de 0 gr. 30 (correspondant à 0 gr. 20 d'arséno-benzol). Il offre l'avantage d'exiger comme dissolvant une moins grande quantité de liquide (d'où chance moins grande de troubler l'équilibre circulatoire) d'être d'une préparation plus facile puisqu'il se dissout dans l'eau distillée sans adjonction d'alcali, mais sa toxicité a paru identique à celle du salvarsan et ses effets utiles sont subordonnés à un plus grand nombre d'injections.

Dans l'aortite abdominale on a proposé également les moyens physiques suivants :

Le massage abdominal par séances d'un quart d'heure s'adressant successivement aux muscles, à l'estomac, à l'intestin. Il n'est contre-indiqué ni par l'artério-sclérose, ni par la mauvaise compensation cardiaque.

L'électricité sous forme de courants à haute fréquence qui sont d'après certains des hypotenseurs.

Le traitement hydrominéral peut donner de bons résultats en employant soit les bains carbo-gazeux de

Royat, qui servent à décongestionner les organes profonds. Dans le cas où l'artério-sclérose serait en jeu, on aurait le choix entre Capvern, Vittel et Evian. Si le malade présentait de l'entérocolite comme cause irritative, Châtel-Guyon serait à conseiller.

CONCLUSIONS

1° La fréquence relative des observations authentiques d'aortite abdominale, publiées dans ces dernières années, permet aujourd'hui de tracer de façon assez précise les traits cliniques de ce type morbide, moins rare que fréquemment reconnu.

2° Les symptômes fonctionnels sont très variables et plus aptes, semble-t-il, à égarer le diagnostic qu'à le guider : parmi eux, les douleurs épigastriques apparaissant sous forme de crises, les phénomènes d'hypersécrétion gastrique et d'entéocolite muco-membraneuse, les sensations subjectives de battements abdominaux sont les plus importants.

3° Le diagnostic doit se baser surtout sur la triade symptomatologique physique constituée par la douleur localisée au niveau du vaisseau, l'augmentation de volume et la déviation de celui-ci, sa mobilité.

Tous les autres signes sont accessoires, contingents ou de valeur discutable sans en excepter le signe de la pédieuse que nos recherches personnelles nous ont amené à considérer comme infidèle : une tension de la pédieuse supérieure à celle de la radiale ou de l'humé-

rale nous a paru fréquente chez des sujets absolument normaux.

4° L'évolution est en général chronique, par poussées successives. Mais il existe quelques faits bien établis d'aortite abdominale aiguë.

5° Les observations anatomo-pathologiques concluantes sont seulement au nombre de deux. L'une d'entre elles a démontré nettement l'origine syphilitique du processus.

6° L'étude étiologique et pathogénique met en lumière : 1° le rôle des irritations de voisinage, dans quelques cas (aortite par propagation ou aortite consécutive aux variations vaso-motrices locales); 2° l'influence des facteurs généraux d'aortite (étiologie banale de l'athérome, hypertension, syphilis).

7° Le traitement symptomatique réside dans les médications sédatives locales et générales. Le traitement pathogénique n'offre que des ressources limitées dans les cas d'athéromasie d'origine banale : en cas de syphilis il pourra fournir, ici, comme dans les autres localisations de la syphilis aortique, les plus heureux résultats, surtout au point de vue des phénomènes douloureux.

Vu, et approuvé,
le Président de thèse,

WIDAL

Vu le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BENECH. — *Gaz. hebd. d. soc. Med. de Bordeaux*, 6 et 13 mai 1906, p. 205 et 218.
- BENECH. — *Académie de Médecine*, 7 mai 1906.
- BENECH. — *Province Médicale*, 19 mai 1912.
- BESSON. — *Thèse Lyon*, 1900-1901, n° 74.
- CASTAIGNE et GOURAUD. — *Journal Médical français*, 15 février 1912, p. 84.
- FRUGONI. — *Riv. crit. di clin. med.*, Firenze 1909, p. 568.
- GALVAGNI. — *Gazz. d'osp.*, Milano, 1904, p. 1563.
- GIL Y ORTEGA. — *Siglo med.*, Madrid, 1909, p. 242.
- HIPPOCRATE. — *Epidémies*, livre VIII, p. 3, édit. Littré, Paris, 1846, t. V.
- LANCISI. — *De natura cordis et anevrys matibus*. Prof. 5, Rome 1728.
- LOEPER. — *Leçons de Pathologie digestive*, Masson, 1910, p. 123.
- LOEPER. — *Progrès Médical*, 1910, p. 659.
- MACARIO et SANDRAS. — *Des pulsations abdominales idiopathiques*. Union médicale, 1852.
- MATHIEU et ROUX. — *Arch. des Maladies de l'appareil digestif*, 1907, p. 397.
- MAYET. — *Province Médicale*. Paris, 1907, p. 297, 309 et 322.
- MORGAGNI. — *De Sedibus et causis morborum*. Let. XXIV, p. 34.
- PAL. — *Les crises vasculaires*. L. Leipzig, 1905.

- PAL. — *Crises abdominales des tabétiques et leur relation avec l'aortite abdominale*, Mediz. Klinik, 1908, n° 47.
- PLUS. — *Thèse Lille*, 1899, n° 419.
- POTAIN. — *Médecine Moderne*, 64, 1899.
- POTAIN. — *La Médecine moderne*, 27 septembre, n° 64, 1899, p. 505.
- RAMSAY-HAUT. — *The american journal of the méd.*, février 1912.
- REHM. — *Thèse Lyon*, 1902.
- RIZZARDO. — *Gaz. intern. de Med.*, Napoli, 1911, p. 583, 605, 629 et 652.
- ROCHARD et DEHELLY. — *Rupture spontanée de l'aorte abdominale*, Soc. anatomique, 29 oct. 1909.
- ROQUE et CORNELOUP. — *Lyon Médical*, 1905, p. 1300.
- STRJEMETCHNA OLGA. — *Thèse de l'Université*, Lyon, 1905-1906, n° 26.
- TEISSIER. — *Congrès de Médecine interne de Toulouse*, 1902.
- TEISSIER. — *Société de Médecine des Hôpitaux de Lyon*, 10 janvier 1902.
- TEISSIER. — *Société de Médecine des Hôpitaux de Lyon*, 17 octobre 1902.
- TEISSIER. — *Semaine Médicale*, 26 novembre 1902, p. 389.
- TEISSIER. — *Semaine Médicale*, 1902, p. 128.
- TEISSIER. — *Congrès Association franç. pour Avancement des Sciences*, Grenoble, 8 août 1904.
- TEISSIER. — *Bulletin Médical*, 1904, p. 809.
- TEISSIER. — *Bulletin Médical*, 1910, p. 1071.
- TEISSIER. — *Gaz. intern. de Méd*, Napoli, 1910, p. 1105.
- TEISSIER. — *Provence Médicale*, 1911, p. 123.
- TEISSIER. — *Union Méd du Canada*, 1904, p. 689.
- THOROWGOOD. — *The Lancet*, 1^{er} février, 1893.
- VAQUEZ et LAUBRY. — *Paris médical*, 2 nov. 1912.
- VAQUEZ et BORDET. — *Paris Médical*, 1911, p. 107.
- M^{lle} WEILL MARGUERITE. — *Thèse Paris*, 1911.
- ZAGARI. — *Reforma med.*, Napoli, 1908, p. 1121.

